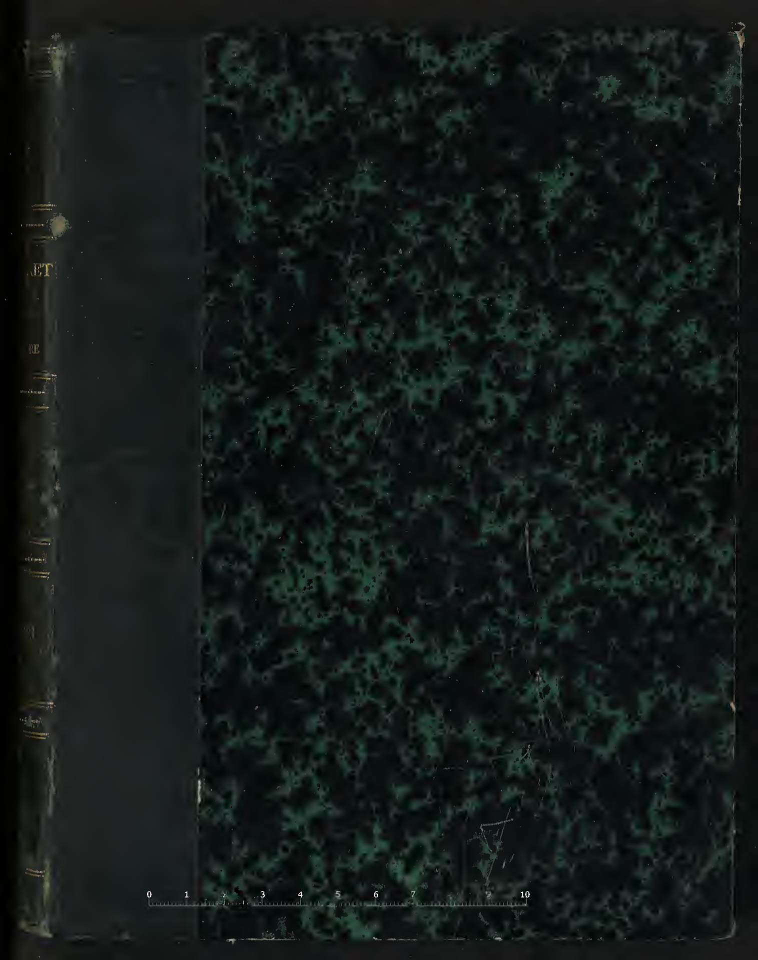
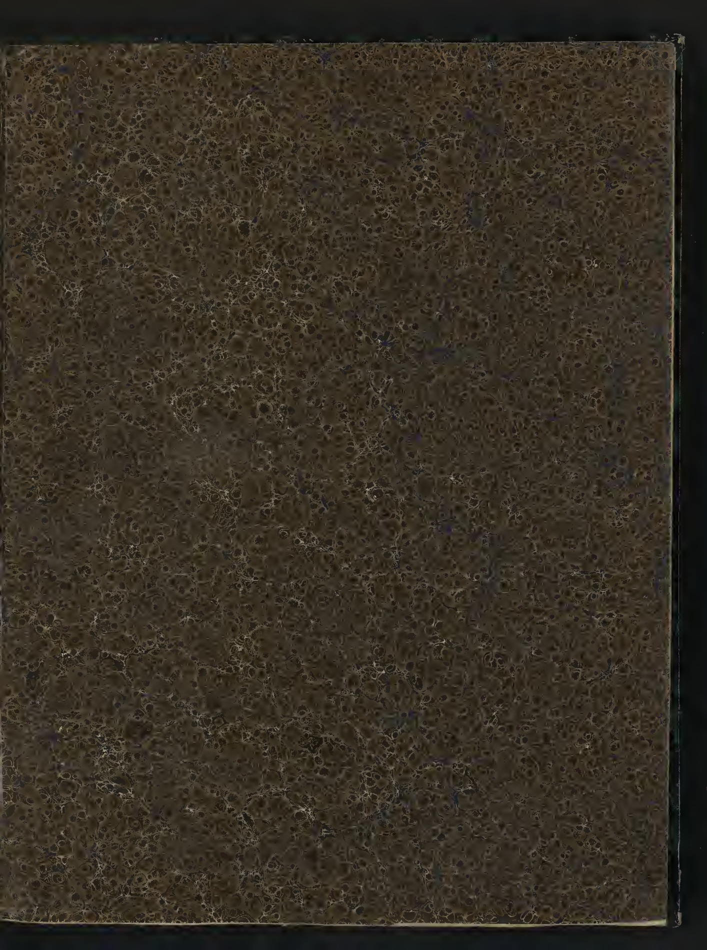






Folie circulaire

1878 – 1879.

J. Falret.

Préambule.

La médecine mentale a fait de grands progrès depuis une trentaine d'années, malgré les apparences contraires.
Il semble que notre science était absolument stationnaire et immobilisée dans les doctrines et les classifications de Pinel et d'Esquirol et de leurs élèves. Nous constituons, en effet, une petite Eglise qui a ses dogmes, ses pontifes et ses règles de discipline, qui jette l'anathème et excommunie tout ce qui est en dehors de ses préceptes et de son cercle restreint d'idées

Néanmoins, malgré les obstacles considérables aux progrès, ils sont plus réels qu'on ne l'imagine à 1re vue.

L'hérédité morbide, mieux étudiée par Moreau de Tours, Prosper Lucas, et surtout par Morel, est devenue l'origine d'un grand nombre de recherches et de progrès incontestables, soit sur les lois de l'hérédité en général, au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie, soit au point de vue des caractères physiques et moraux, des formes plus spécialement héréditaires de la folie.

La paralysie générale elle-même a été l'objet de travaux nombreux qui

ont étendu singulièrement sa durée et fait découvrir des faits cliniques importants qui avaient échappé à l'attention des précédents observateurs.

L'étude des troubles spéciaux de l'intelligence liés à l'alcoolisme aigu ou chronique, a fait faire un progrès véritable à notre science spéciale, et l'on distingue maintenant cliniquement le délire de persécution dû à l'alcoolisme de celui qui se produit dans la forme particulière de mélancolie, à laquelle on a réservé spécialement ce nom.

L'état mental des Epileptiques, des hystériques et des Aphasiques est devenu également l'objet de travaux spéciaux.

On a mieux étudié les signes physiques des folies raisonnantes que l'on a rattachées aux folies héréditaires et l'on a porté l'observation d'une manière spéciale sur les états de trouble mental liés à des névroses émotives qui, jusqu'à ces dernières années, n'avaient pas attiré l'attention des observateurs.

Mais ce n'est pas ici le lieu d'entrer dans des détails à cet égard. Cette revue historique mériterait de devenir l'objet d'un travail spécial.

Notre intention aujourd'hui est simplement d'attirer l'attention sur un point spécial de la pathologie mentale qui n'a été étudié que depuis

une vingtaine d'années environ, mais qui est maintenant entré définitivement et sans conteste dans la science, nous voulons parler de la description d'une forme spéciale de maladie mentale aujourd'hui reconnue de tous et à laquelle mon père a donné le nom de Folie circulaire et M Baillarger celui de Folie à double forme. Cette forme caractérisée essentiellement par la succession régulière de l'état mélancolique et de l'état maniaque, constitue une espèce morbide réellement distincte et est, par son existence même, la négation la plus flagrante de la vérité de la classification régnante. Si la manie et la mélancolie constituaient réellement des formes

naturelles de maladies mentales, ayant leur marche déterminée à l'avance et leurs caractères physiques et moraux réellement distincts depuis le début de la maladie jusqu'à sa terminaison, elles ne pourraient pas se transformer l'une dans l'autre et se succéder régulièrement et alternativement pendant toute la vie d'un même individu! Quand même la découverte de la folie circulaire comme forme distincte et naturelle de maladie mentale n'aurait eu que ce résultat capital de démontrer l'inanité et l'insuffisance de la classification régnante, elle aurait déjà rendu

un signalé service à la science et constitue un vrai progrès dans le mouvement de la médecine mentale à notre époque!

Historique de la Folie circulaire

---

14 9bre 1878.

1° Dans l'antiquité, Arétée a dit que la manie succédait souvent à la mélancolie.

2° Des auteurs du 17me et 18me siècle, ont noté la succession fortuite et accidentelle de la manie et de la mélancolie.

3° Il y a des observations dans Pinel

Esquirol et leurs élèves, mais personne n'avait attiré l'attention sur ce fait de la succession régulière et constante chez le même malade.

4° Griesinger, en 1845, s'est servi du mot Cycle, appliqué à cette succession de la manie et de la mélancolie

5° Mon père, dans ses cours, s'appuyant surtout sur l'Exemple de M.r Aimé, de la chanoinesse et de la princesse Bibesco, a proclamé, le premier, qu'il existait des malades chez lesquels la mélancolie et la manie alternaient et se succédaient régulièrement de manière à constituer un véritable cercle d'états maladifs.

6° M.r Baillarger, en 1854, a lu à l'académie un mémoire sur la Folie à double forme dans lequel il a rapporté plusieurs observations de ce genre.

7° 15 jours après, à la fin de Janvier 1854, mon père est venu réclamer la priorité de cette idée dans un mémoire lu à l'académie de médecine, en réponse à celui de M. Baillarger

8° M. Baillarger a répliqué à son tour, dans un autre mémoire publié dans le bulletin et où il a cherché à établir 5 catégories de faits distincts, selon que la succession des périodes était continue et non interrompue, ou bien au contraire, séparée par des intervalles plus ou moins

longs. C'est là, en effet, la principale différence qui existe entre l'opinion de mon père et celle de M. Baillarg. Celui-ci prétend, en effet, qu'il peut exister des accès de folie à double forme séparés par de longs intervalles de raison et tout à fait analogues aux accès de manie intermittente de même qu'il peut exister aussi des cas dans lesquels un long intervalle de raison se produit entre l'accès de manie et l'accès de mélancolie, et un autre intervalle également prolongé entre l'accès de mélancolie et l'accès de manie. Mon père, au contraire, croit qu

tous les faits de folie à double forme ren_
trent dans la catégorie de ceux qu'il
a décrits sous le nom de folie circulaire
et qui sont caractérisés par la succes_
sion régulière de 3 états constituant
toujours un cercle complet : 1° Manie
2° Mélancolie 3° intervalle lucide,
puis, de nouveau manie, mélancolie,
intervalle lucide
L'observation seule d'un très grand
nombre de faits de cette espèce peut
permettre de se prononcer sur ce
point litigieux, mais pour moi, je
pense que, dans la plupart des cas,
l'opinion de mon père est vraie et
que, si l'on croit à un intervalle pro_

longé de raison, c'est parce qu'il s'est produit pendant ce temps un cercle très atténué de manie et de mélancolie peu accentué et qui a passé inaperçu pour les observateurs peu expérimentés et peu attentifs.

A la suite de ces deux publications des observations ont été publiées dans divers pays, en France et à l'étranger et l'on a fait sur ce sujet des mémoires, des thèses, des articles de journaux ou de dictionnaire.

Mr Legrand du Saulle a défendu dans les Annales l'opinion de M. Baillarger et publié un cas de guérison par le sulfate de quinine

M. Geoffroy a publié une thèse étendue avec une observation très curieuse recueillie à Charenton ; on a publié depuis lors des articles assez nombreux en France et à l'étranger (en Allemagne et en Angleterre surtout)
Foville a fait un article dans le dictionnaire de Jaccoud et Ritti dans celui de Chambre.
Enfin Mrs Baillarger et Lunier d'abord ont attiré l'attention sur les rapports possibles de la Folie à double forme et de la Paralysie générale, idée qui a été surtout défendue par Mr Billod et reprise, dans un mémoire spécial par un de ses élèves, Mr Faure, qui a
)

publié sur ce sujet un mémoire dans les Annales médico-psychologiques

---

Etiologie de la Folie circulaire
Hérédité

14 Novembre 78.

Cette forme de maladie mentale est après le suicide, la plus héréditaire de toutes. Elle participe à cet égard des caractères des folies intermittentes qui sont toutes très héréditaires.

On voit quelquefois cette maladie survenir à l'époque de la puberté, à la suite d'une maladie aiguë

quelconque et en particulier à la suite de la fièvre typhoïde. Chez les femmes, on cite également des Esc. de cette maladie à la suite des couches. Mais toutes ces causes occasionnelles n'ont qu'une importance très secondaire, la véritable cause de cette maladie mentale c'est l'hérédité et l'hérédité sous la même forme.

On a constaté, en effet, assez fréquemment la production de cette même forme de maladie mentale dans 3 générations successives, et pour ma part, j'ai déjà assez vécu pour avoir vu la grand mère, la mère et la petite fille atteintes l'une après l'autre de la

même maladie.

Cette maladie ne se produit pas ava
la puberté et quelquefois même elle
ne suivent qu'à une période plus
avancée de la vie, mais en général
même dans ces cas exceptionnels, ell
a existé en germe presque dès la na
sance, et en cherchant bien rétrospec
tivement dans les antécédents des
malades, on retrouve dans leur vi
antérieure, des périodes alternantes
d'excitation et de dépression. Cette
forme de maladie mentale est bien
plus fréquente chez la femme mais on
l'observe néanmoins de temps en
temps chez l'homme et les Ex.

sont alors aussi bien caractérisés

Anatomie Pathologique de la folie circulaire.

14 N^bre 78.

On a eu rarement l'occasion de faire des autopsies de malades atteints de cette forme de maladie mentale. Ils meurent ordinairement à un âge assez avancé et dans tous les asiles on trouve quelques malades de ce genre, âgés de 7 ans et même davantage.

J'ai fait à la Salpêtrière autrefois l'autopsie de Mme Leroy qui, pendant

des années, avait été atteinte de cette ma
ladie, et j'ai trouvé les signes d'une
méningite chronique (opacités et épais
sissement des méninges, etc) mais le
cerveau lui-même, quoique congestionné
dans son ensemble, paraissait à peu
près à l'état normal. Ce qu'il
faut noter, c'est qu'en général ces
malades meurent de congestion céré
brale ou d'accidents cérébraux aigus
Ils ont des dispositions à l'apoplexie
et aux accidents cérébraux de nature
congestive, ainsi que l'indiquent
quelques symptômes observés chez eux
pendant la vie, surtout pendant les
périodes d'excitation

Symptômes physiques de la Folie circulaire

14 9bre 78.

Ces symptômes physiques sont plus nombreux qu'on ne l'imagine ordinairement et mériteraient une étude plus attentive, à l'aide d'observations prises avec soin. Ils diffèrent pendant la période mélancolique et pendant la période maniaque.

Période Mélancolique – La peau est sèche, il y a amaigrissement, diminution de l'appétit, ralentissement extrême de la circulation, mains bleuâtres

sont et oedematisées ; pieds froids, abi
sement de la température, diminu
tion des sécrétions ; en un mot toutes
les fonctions semblent suspendues
comme chez les animaux hiberna
pendant la période de sommeil.
Dans les archives cliniques de
Baillarger, on cite une observati
où le pouls était descendu à 45
et où la température avait nota
blement baissé. Il y a souvent
aussi pendant cette période dé,
goût des aliments, pouvant alle
dans les cas extrêmes jusqu'au
refus absolu. Dans quelques cas

extrêmes la mélancolie va jusqu'à la stupeur.

Période d'excitation. Pendant cette période on observe les phénomènes physiques précisément inverses. Il y a exubérance de santé et de bien être. Toutes les fonctions physiques sont surexcitées et d'une activité exagérée. L'appétit est extrême, les malades mangent constamment et d'une manière irrégulière et malpropre. Il y a retour de l'embonpoint, face congestionnée, pouls vibrant et accéléré, exagération de la force musculaire, absence du sentiment de fatigue, insomnie, mouvement perpétuel, et, de plus, dans

quelques cas extrêmes, quelques symptôm
de congestion qui peuvent même quel
quefois faire croire à un commencemen
de paralysie générale, surtout lorsqu
il s'y joint un délire expansif op
timiste, quelques idées de grandeur,
la disposition aux achats, aux ca.
deaux, aux dépenses exagérées. Il
y a alors quelquefois léger embarras
de la parole, titubation légère, etc
Ces symptômes congestifs qui se pro.
duisent de temps en temps dans la
folie circulaire, la rapprochent non
seulement de la manie congestive
et de la paralysie générale, mais
aussi, d'autre part, des accidents

congestifs des folies raisonnantes avec lesquels cette période d'excitation a, du reste, tant d'autres points de contact.

Médecine légale de la Folie circulaire

Ce chapitre est un des plus difficiles à traiter dans l'état actuel de nos connaissances. S'il ne s'agissait que des cas extrêmes dans lesquels la manie et la mélancolie sont complètement caractérisées et l'aliénation mentale évidente pour tous (comme cela a lieu pour certains malades enfermés depuis longtemps dans les asiles d'a-

liénés) rien ne serait plus facile que
de proclamer leur irresponsabilité, s[oit]
au point de vue civil, soit au poin[t]
de vue criminel. Mais, sans parl[er]
des périodes d'intervalles lucides qu[i]
se produisent entre les accès de m[a-]
nie et de mélancolie et pendant
lesquels on doit admettre le retour
momentané de la responsabilité (
à moins que cet intervalle ne soit tr[ès]
court et très incomplet) que penser
de ces cas dans lesquels les accès
de Manie et de Mélancolie son[t]
tellement atténués dans l'ensem[ble]
de leurs symptômes que les malade[s]
ont seulement une modification

d'humeur sans avoir perdu la raison, sentent eux-mêmes qu'ils jouissent encore de leur libre arbitre et sont jugés tels par leur famille et par tout leur entourage. Ces malades n'ont jamais été enfermés comme aliénés et ne sont pas considérés comme tels, et cependant un médecin attentif, expérimenté, bon observateur, ne peut pas méconnaître chez eux l'existence de deux états tout à fait différents, qui représentent comme deux hommes totalement différents dans le même corps, selon les moments où on les observe. Eh bien, que penser par Ex. de la valeur d'un testament fait dans l'une ou dans l'autre de ces conditions mentales ?

Lorsque le malade est dans la mélancolie et voit tout en noir, il peut sous l'influence de ces idées tristes qui lui font apparaître le monde entier comme hostile et décoloré, donner à sa fortune à certaines personnes ou à certaines institutions en rapport avec ses idées du moment ; tandis que dans la période inverse, alors qu'il verra tout en beau, sous des couleurs favorables, sans crainte, sans défiance, il aura des dispositions toutes différentes envers les personnes et les choses et il pourra déshériter ceux qu'il avait, au contraire, favorisés pendant l'autre période de sa maladie. Une autre difficulté plus grande encore

se présente souvent dans la pratique.
L'une des deux periode seule, est considérée quelquefois comme une période vraiment morbide. C'est tantôt la période melancolique et tantôt, au contraire, la période d'excitation, selon les sujets, tandis que l'autre période est envisagée par le malade lui-même et par sa famille comme étant son état réellement normal, tandis que pour l'observateur expérimenté et qui connait bien cette maladie, ces deux périodes sont également maladives quoique l'une ait des caractères évidemment moins accusés que l'autre. Dans ces cas difficiles, comment se prononcer?
Le médecin légiste sera-t-il de l'avis du public?

et du malade ou bien suivra-t-il l'avis plus éclairé du médecin expérimenté ? La perplexité sera certainement très grande et rien n'est difficile comme de se prononcer avec certitude dans ces cas délicats qui sont les plus litigieux de la médecine mentale et ceux où la limite est la plus difficile à poser entre la raison et la folie !

Travaux à examiner et à consulter

1° Le mémoire de mon père.
2° Les deux mémoires de M. Baillarger, le dogmatique et le critique.
3° L'article de Legrand du Saulle dans les Annales.

4° La thèse de Geffroy.

5° Les mémoires de Faure dans les Annales.

6° L'article de Foville

7° L'article de Ritti.

8° Les chapitres sur la folie circulaire dans Kraft Ebing et Schüle.

9° Mon mémoire sur la folie raisonnante et les passages de mes cours relatifs à l'exaltation maniaque et à la mélancolie simple dépressive et sans délire.

10° Mes notes sur Mr Grangier et sur Mme Mathilde Busche.

11° Les notes prises en 1854 pour faire le mémoire de mon père.

Fréquence relative de la Folie circulaire dans le monde et dans les asiles. Causes d'erreur nombreuses qui font croire à sa rareté

---

16. 9bre 78.

Lorsqu'on fait des recherches dans les asiles d'aliénés, surtout parmi les hommes on trouve rarement des exemples bien caractérisés de folie circulaire et l'on pourrait en conclure que cette forme de maladie mentale est relativement très rare et mérite peu, par conséquent, d'être étudiée. Elle est plus fréquente, il est vrai, chez la femme, mais lorsqu'on en découvre 4 ou 5 exemples

bien caractérisés et bien certains, dans le service des femmes d'un asile d'aliénés, c'est certainement la moyenne de ce que l'on peut y rencontrer habituellement. Aussi, comprend-on très bien que cette forme de maladie mentale ait passé si longtemps inaperçue, d'autant plus que, pour l'observer convenablement, il faut suivre les mêmes malades pendant de longues années et être très attentif à la marche et à la succession des diverses périodes, ce que peu de médecins ont l'habitude de faire, surtout dans les maladies très longues et très chroniques. On observe ordinairement les aliénés

que dans les 15 premiers jours de leur entrée et on les laisse ensuite confondus pêle-mêle avec les autres malades chroniques, comme s'ils devaient conserver toujours les mêmes caractères de maladie et sans tenir aucun compte des transformations successives que peut présenter leur maladie. De plus ces malades guérissent de l'accès de manie ou de mélancolie et on les renvoie des asiles comme guéris d'un accès ordinaire de maladie mentale, sans savoir qu'ils ont présenté l'alternance des 2 formes et sans prévoir que cette alternance continuera à se produire

dans l'avenir. Plus tard, lorsque le même malade revient dans l'asile, on ne relie pas le présent au passé. On croit à une simple rechute de la maladie dans la même forme ou bien dans une ~~f~~ autre et l'on se borne à constater que le même malade entré une 1re fois dans l'asile atteint d'un accès de manie, y rentre une 2me fois avec un accès de mélancolie. On croit encore à l'époque actuelle à ces transformations accidentelles possibles des maladies mentales et on ne croit pas encore assez à la marche fatale des maladies commandées par les lois générales qui dominent la vie des aliénés depuis leur naissance jusqu'à leur mort.

De plus, on n'a pas le soin de s'enqué-
rir exactement de ce qu'à été la vie
du malade ~~depuis~~ pendant son séjour
dans la famille ou dans la société.
Si l'on faisait cette recherche avec exac-
titude, l'on découvrirait qu'au lieu
d'être resté réellement guéri et dans
un état normal pendant son séjour
hors de l'asile, le malade a conti-
nué a présenter des phases succes-
sives d'affaissement et d'exalta-
tion, plus modérées, plus atténuées
que celles qu'on observait pendant
son séjour à l'asile, mais cependant
évidentes pour un véritable observateur
et que le cercle des états morbides,

au lieu d'avoir été brusquement interrompu comme on l'avait cru, s'était continué, au contraire, sans interruption. Une autre cause d'erreur très fréquente aussi, c'est que l'un des deux états opposés de cette maladie peut passer inaperçu et être considéré comme l'état normal du malade. On prend ainsi pour des accès de Manie intermittente ou de Mélancolie intermittente de véritables accès de folie à formes alternes. Tantôt l'accès de mélancolie et tantôt l'accès d'excitation passe inaperçu et est pris pour l'état normal du malade. Eh bien, si toutes ces causes d'erreur existent pour les ma-

lades qui ont été enfermés dans les asiles, combien les rencontre-t-on plus souvent encore dans les cas bien plus nombreux de folie à double forme qui existent bien plus fréquemment dans les familles ou dans la pratique privée et que l'on n'a jamais songé à considérer comme des cas d'aliénation mentale. C'est là, dans la pratique civile, qu'il faut étudier réellement cette forme de maladie mentale dans ses degrés les moins accusés et l'on découvrira alors que cette espèce qui paraît très peu fréquente dans les asiles, l'est beaucoup plus qu'on ne l'imagine et que sa description acquiert ainsi une véritable importance.

Marche de la Folie circulaire

16 9bre 78.

La marche de cette maladie, envisagée d'une manière générale, consiste dans la succession de périodes de mélancolie et de périodes d'excitation, séparées ou non par un intervalle de lucidité plus ou moins prolongé.

Mais cette donnée qui indique sous une forme très générale, la marche de cette maladie, a besoin d'être complétée par l'étude des nombreuses variétés de marche qu'elle présente selon les cas et qui n'ont pas encore été assez étudiées par les derniers observateurs.

Il y a d'abord, à cet égard, une 1re

distinction importante à faire, c'est celle de la succession des deux états à courte ou à très longue échéance qui représente 2 caté-gories distinctes de faits, méritant d'être séparées avec soin au point de vue de la description et à celui des conséquences pratiques très différentes, qu'elles entraî-nent.

Depuis l'époque où cette maladie a été décrite pour la 1re fois, c'est à dire de-puis 1854, des observations assez nom-breuses ont été publiées, non seulement en France mais à l'étranger, et parmi elles on doit distinguer avec soin celles qui portent sur des alternances à courte ou à longue échéance entre les deux

états opposés de manie et de mélancolie. On a cité des cas dans lesquels cette alternance avait lieu de deux jours l'un, d'autres dans lesquels chaque état n'avait qu'une durée de quelques jours (de 3 à 10 jours) et était régulièrement remplacée par l'état inverse, d'une durée à peu près égale ou un peu plus courte ou un peu plus longue, mais, en somme, d'une durée également très courte. Ces cas de courte durée des deux accès ont été, jusqu'à présent, peu étudiés cliniquement et ne sont qu'incomplètement connus.
La plupart des cas qui ont servi de base à la description de cette ma-

ladie appartiennent à la 2me catégorie, c'est à dire aux cas de plus longue durée qui sont les cas les plus habituels. La durée des accès peut être alors de 15 jours ou 3 semaines au moins et peut s'étendre à plusieurs mois et même à plusieurs années.

Plusieurs malades éprouvent un changement d'état environ tous les six mois, au printemps et à l'automne mais il n'y a aucune règle absolue relativement à ce rapport que l'on a admis, en thèse générale, entre les époques des transformations morbides et les changements des saisons.

Certains malades, en effet, sont excités pendant l'été et déprimés pendant l'hiver, mais chez d'autres, c'est précisément le fait inverse qui se produit, l'excitation étant en rapport avec la saison d'hiver et la dépression avec les chaleurs de l'été. Chez d'autres encore, la dépression et l'excitation au lieu de ne se produire qu'une fois par an, se reproduisent plusieurs fois dans le cours de la même année. Chez d'autres enfin, la dépression peut se prolonger pendant plusieurs années et l'excitation, quoiqu'en général plus courte que la période mélancolique, peut également durer pendant plusieurs années. Il existe donc, sous le rapport de la

marche de très grandes différences de durée soit relativement à la longueur de chaque accès double, soit sous le rapport de la longueur comparative de chacune des deux périodes

Mais les différences sont encore plus considérables non seulement entre les divers malades, mais même chez le même malade au point de vue de l'intensité de chacun des accès de mélancolie et d'excitation dans les différents cercles successifs que parcourt la maladie envisagée dans son ensemble.

L'intensité de chaque accès varie beaucoup, non seulement les différent

malades que l'on observe mais même chez chaque malade, à chaque nouvel accès.

Les accès présentent habituellement les mêmes caractères fondamentaux chez le même malade, mais sans différer de nature ; ils peuvent varier beaucoup quant au degré d'intensité.

Ainsi, il est des accès qui par leur intensité inaccoutumée, obligent à placer les malades dans des asiles d'aliénés, tandis que pendant les autres accès moins violents, ces mêmes malades ont pu être conservés dans leurs familles et même continuer à circuler et à remplir leurs fonctions dans

le monde, sans que personne, excepté les intimes, s'aperçoive du caractère maladif de leur état, soit par comparaison avec eux-mêmes, soit relativement à la majorité des autres hommes. Dans certains cas, l'accès d'excitation est très intense, tandis que la période mélancolique est peu accusée; dans d'autres cas, au contraire, c'est la période mélancolique qui est très prononcée tandis que l'excitation maniaque passe pour un simple travers de caractère et n'est pas considérée comme de nature maladive. (Il en est de même de la durée totale du cercle qui

peut varier beaucoup d'un cercle à l'autre chez le même malade. On a même observé en général que les accès perdent de leur durée et se renouvellent plus fréquemment, à de plus courts intervalles, à mesure que les malades avancent en âge.

Cette diversité dans l'intensité des accès que l'on observe souvent chez le même malade malgré l'uniformité habituelle des différents accès successifs, est encore bien plus marquée quand on compare un malade à un autre.

On peut établir sous ce rapport 3 degrés principaux. Dans le 1er degré, les malades restent dans le monde et dans la famille pendant les 2 phases de la maladie

et personne ne songe à les enfermer dans
les asiles ni même à les considérer com
aliénés. La maladie se manifeste alors
presqu'exclusivement par des modifi-
cations très sensibles mais toujours sup
portables, dans l'humeur et le caractère
des malades. Leur vie se passe entière
dans le roulement successif de 2 phases
distinctes : celle d'affaissement et celle
de légère excitation. Pendant la 1re
période, les malades sont très abattus,
inactifs, n'ont de courage à rien et voient
tout en noir; ils n'ont pas d'impul-
sion, sortent peu de chez eux, ils ont
de la tendance au repos et se désolent
de leur inertie; mais ils n'ont pas

de conceptions délirantes et apprécient assez sainement toutes les choses de la vie, tout en les voyant à travers le prisme de leur tristesse et du pessimisme. En un mot, ils sont tristes et abattus mais ils ne délirent pas. Il en est de même pour la période d'excitation qui consiste dans une simple suractivité de toutes les facultés, un grand besoin de parler et de se mouvoir, une plus grande fermentation d'idées et de sentiments contraires. Dans ce 1er degré de la maladie les malades sont très différents d'eux-mêmes d'une phase à l'autre et ont ainsi comme deux caractères différents, alternativement

dans le même corps. Les représentent en quelque sorte 2 personnalités différentes dans une seule, mais chacune d'elle ne dépasse pas beaucoup la mesure de ce qui existe normalement, et une manière continue chez certains hommes dont les uns ont une tendance très prononcée à la tristesse, à l'inaction au découragement, et les autres, au contraire, sont remuants, loquaces, d'une activité exagérée, entreprenants même et optimistes à l'excès.

Le 2me degré de la maladie est le plus habituel, le plus fréquent, celui qui doit servir de base à sa description et d'être décrit longuement

dans la symptomalogie de l'affection.
C'est le degré de la mélancolie délirante,
mais plutôt caractérisée par le fond que par
le relief et le degré de l'excitation mania_
que simple, mais non seulement avec
suractivité des facultés intellectuelles mais
avec fermentation de toutes les mauvaises
passions et avec un très grand désordre
des . .
Nous renvoyons à la symptomalogie pour
la description détaillée de ce degré de
maladie sous ces 2 aspects différents,
la dépression mélancolique et l'excita_
tion maniaque simple. Ce 2me degré,
le plus fréquent de tous, présente du
reste lui-même plusieurs degrés d'in_
tensité, selon les malades et selon les

accès chez le même malade. Tantôt, en effet, il oblige à placer le malade dans une maison d'aliénés, tantôt, au contraire, il permet son séjour dans la famille ou dans la société, malgré les inconvénients de tout ordre que présente ce séjour, aussi bien pendant la période d'affaissement mélancolique où le dégout de la vie et la disposition au suicide peuvent s'ajouter à l'affaiblissement mélancolique, que pendant la période d'excitation où le désordre extrême des actes peut devenir, malgré le caractère raisonnant du délire, un danger évident pour le malade, pour son entourage et pour

la gestion de ses intérêts et l'exercice de sa profession.

Enfin, le 3me degré de la maladie qui peut exister à tous les accès chez le même malade ou ne se produire qu'à certains accès et alterner chez le même malade d'un cercle à l'autre avec le degré précédent, est le degré de véritable ~~degré~~ folie complètement caractérisée et indubitable pour tous, c'est celui où les malades éprouvent, non plus de simples accès de dépression mélancolique ou d'excitation maniaque simples, mais de véritables accès complets de manie ou de mélancolie avec conceptions délirantes, multiples, et trouble mental

très intense, comme dans les accès ordinaire de maladie mentale. Dans ces cas le placement dans un asile devient indispensable et ce sont ceux qu'observent le plus souvent alors les médecins aliénistes

---

Trois modes de transition entre les deux états de dépression et d'excitation

17 9bre 78.

Un des points interessants dans l'histoire de la Folie circulaire, c'est la manière dont s'effectue le passage d'une forme à une autre. Cette transition peut avoir lieu de 3 manières différentes.

Le plus habituellement le passage a lieu d'une manière successive et par transitions insensibles L'état mélancolique diminue peu à peu par nuances successives. Le malade se sent de moins en moins triste et affaissé, il sent qu'il commence à renaître à la vie, il commence à reconnaître qu'il peut guérir et que son état n'est pas nécessairement incurable. Il se remet peu à peu à ses occupations habituelles, recommence à prendre goût aux choses de la vie réelle et voit renaître en lui les affections de famille qui semblaient éteintes dans son coeur Il recommence à s'occuper des choses de la vie réelle et se sent renaître à l'espérance et à la vie. Le malade

lui-même, sa famille, les médecins
croient à un commencement de guérison
et, en effet, pendant quelque temps,
quelquefois même pendant quelques se-
maines, le malade semble complète-
ment revenu à son état normal, à
un état d'équilibre entre toutes les
facultés, en un mot à un état in-
termédiaire entre la tristesse et la
gaîté entre l'affaissement et l'excita-
tion qui constitue ce qu'on peut appe-
ler un véritable intervalle lucide.

Mais bientôt malheureusement cet
état d'équilibre instable entre les
deux états opposés, ne tarde pas à

se troubler à son tour et à pencher de nouveau du côté de l'excitation. Le malade, non seulement se croit guéri, mais éprouve un sentiment de bien être exagéré. Il ne s'est jamais si bien porté, dit-il. Tous les malaises qu'il éprouvait pendant la période mélancolique ont disparu comme par enchantement, il se sent plus dispos et plus actif que jamais. Il commence à éprouver un besoin exagéré de mouvement et d'activité, celui de parler, de faire des visites, d'entreprendre des voyages, en un mot le flot de l'excitation monte de jour en jour et l'on voit bientôt se reproduire tous les phénomènes qui caractérisent l'exci-

tation à son début. Le même phénomène de décroissance progressive et de transition successive se reproduisent en sens inverse dans le passage de l'excitation à la période de mélancolie et là aussi on constate assez fréquemment chez certains malades une dégradation successive des caractères de la période d'excitation, puis un état ordinairement assez court d'équilibre instable ou d'intervalle lucide entre les 2 états et enfin l'apparition progressive des phénomènes qui caractérisent la phase mélancolique de cette affection.

C'est là le mode de transition le plus habituel entre les deux états et

enfin l'apparition progressive des phénomè-
nes qui caractérisent la phase mélancoli-
que de cette maladie.
C'est là le mode de transition le plus ha-
bituel entre les deux états et celui qui a
été le plus souvent noté jusqu'à présent
par les observateurs. Mais pour rester
dans la voie de l'observation, il importe
beaucoup de constater qu'il existe encore
d'autres modes de transition d'une forme
à l'autre, qui méritent d'être signalés.
Le 1er consiste dans une transforma-
tion brusque et presque subite qui se
produit aussi assez fréquemment et
qui peut avoir lieu dans l'espace
de 24 hres, quelquefois même dans
une seule nuit. Ce fait a été cons-

staté assez fréquemment chez certains malades atteints de cette forme de maladie mentale. Du jour au lendemain, d'autres fois, dans l'espace de 3 à 4 jours, on voit le malade passer d'un état de mélancolie très caractérisé à un état de grande excitation. C'est comme un changement à vue qui arrive du jour au lendemain; un malade muet et immobile la veille, se mettra à parler avec volubilité, à se remuer sans cesse et étonnera tous les assistants par un changement si brusque de toute sa nature physique, intellectuelle et morale. Le même fait peut se produire dans le passage de la manie à la mélancolie

comme il a lieu pour le passage de la mélancolie à la manie. Enfin, il y a un 3me mode de transition également assez fréquent et qui, je crois, n'a pas encore été signalé. Je veux parler des cas dans lesquels ce passage d'une forme à l'autre s'effectue par des oscillations successives que l'on peut comparer au flux et au reflux de la mer. Les malades, avant d'arriver définitivement à rester immobilisés pour quelque temps dans l'un ou l'autre des deux états, présentent successivement plusieurs oscillations successives alternantes entre les deux états. Ils sont ainsi successivement pendant

plusieurs jours et quelquefois de deux jours l'un, tantôt mélancoliques et tantôt exaltés, passant ainsi rapidement et alternativement d'une forme à l'autre, avant d'arriver définitivement à se fixer dans l'une ou dans l'autre. Ce mode de transition est plus fréquent qu'on ne le croit et mérite d'être signalé à l'attention des observateurs.

Intervalle lucide
son existence et ses caractères.

On peut se demander s'il existe toujours une période d'intervalle lucide dans la folie circulaire, ainsi que mon père l'a décrit s'il n'en existe pas quelquefois deux dans chaque cercle et si cet intervalle lucide ne peut pas être quelquefois très prolongé au point de représenter une véritable guérison de l'accès comme dans les folies intermittentes, ainsi que l'a admis Mr Baillarger.

Et d'abord, il est certain qu'il y a des ~~folies~~ cas de folie circulaire où l'existence de cette période d'intervalle lucide n'est pas contestable. Ce sont surtout les cas

de folie circulaire de longue durée, dans lesquels les périodes de dépression et d'excitation sont très prolongées et durent, par Ex. plusieurs années. Dans ces cas il est habituel de constater, surtout après la période de dépression, mais quelquefois aussi après la période d'excitation, une période plus ou moins longue, de quelques jours à quelques mois pendant laquelle le malade semble réellement revenu à l'état normal et paraît guéri. On arrive ordinairement à cet état d'équilibre presque normal par degrés successifs et par nuances insensibles, ainsi que

nous l'avons décrit à l'occasion de la marche de la maladie. Mais, après une période décroissante pendant laquelle on voit diminuer peu à peu tous les symptômes de la période mélancolique ou de la période maniaque, le malade arrive enfin à un état mental vraiment satisfaisant, intermédiaire entre la dépression et l'excitation qui n'offre d'exagération ni dans un sens ni dans l'autre et qui serait pris par tous pour un véritable état de guérison, si l'on n'avait pas la connaissance de la marche des accès antérieurs chez le même malade et celle de la marche

de la folie circulaire en général. Aussi, beaucoup de médecins y sont-ils trompés et renvoient-ils ces malades les malades des asiles comme guéris, au moment même où commence à se préparer un nouvel accès qui éclate bientôt après la rentrée du malade dans la société. Nous avons tous été trompés par des cas de ce genre, soit avant de bien connaître cette maladie, soit à l'occasion d'un 1er accès de folie à double forme, lorsque l'on n'a pas encore été éclairé par la reproduction de plusieurs cercles successifs chez le même

malade, dans cet état de guérison apparente les malades ont recouvré momentanément leur état de raison. Ils ne voient les choses ni trop en noir ni trop en beau, ils les apprécient sainement, telles qu'elles sont, sans les voir à travers le prisme de l'optimisme ou du pessimisme. Ils reconnaissent très bien qu'ils ont été malades, admettent qu'ils ont été dupes d'idées fausses ou dominés par des craintes chimériques, se sentent revenus à l'état normal, sans avoir pourtant ce sentiment d'exubérance de santé et de bien être exagéré qu'ils éprouvent un peu plus tard; ils ont retrouvé leurs sentiments d'affec-

tion, ils sont capables de s'occuper et de se distraire comme des personnes raisonnables, ils n'ont même pas ce désir immodéré de sortie des asiles qu'ils auront un peu plus tard, quand commencera à se produire la période d'excitation ou qu'ils avaient quand elle existait encore mais en en voie, de guérison diminution. On peut donc dire que pendant cet intervalle lucide, les malades se trouvent dans cet état de calme et de raison que les philosophes ont recherché comme l'idéal de la perfection de l'homme moral et intellectuel, à l'abri de tous les extrêm

et dans un juste milieu entre tous les excès. Malheureusement, cet état mental si satisfaisant est ordinairement très temporaire et de courte durée, excepté dans les cas rares signalés par M.r Baillarger, dans lesquels cet intervalle lucide se prolonge plus longtemps et devient une véritable période de guérison intercalée entre deux accès de folie à double forme, comparables à deux accès de folie intermittente.

Mais si cet intervalle lucide se produit fréquemment dans les cas de folie circulaire et s'il doit, par conséquent, figurer comme période possible dans la description générale, dans la des-

cription type de la folie circulaire et si même on peut ajouter avec vérité que dans quelques cas plus rares, il peut exister réellement 2 intervalles lucides dans un même cercle, c'est à dire l'un après la période dépressive et l'autre après la période d'excitation comme mon père l'avait déjà signalé dans son mémoire, il n'en n'est pas moins vrai que pour se conformer à la vérité de l'observation on doit dire que l'existence de cet intervalle lucide ou de ces intervalles lucides n'est pas constante et qu'il est un certain nombre de cas dans

lesquels on ne peut pas démontrer avec certitude une existence dans l'intervalle des deux phases principales de la folie circulaire. Cet intervalle n'existe pas par ex. dans les cas où le passage d'une forme à l'autre a lieu d'une manière brusque et subite, par ex. dans l'espace d'une nuit, comme on en a observé d'assez fréquents Ex. Il n'existe pas non plus, ou du moins il serait difficile d'en démontrer l'existence avec certitude dans les cas où le changement d'une forme à l'autre se fait par oscillations successives et très rapprochées alternant plusieurs fois l'une avec

l'autre à courts intervalles, jusqu'à ce que l'une des deux formes prenne enfin le dessus d'une manière défi-nitive. Enfin, on ne peut même pas toujours démontrer l'existence de cet intervalle d'équilibre et de raison dans tous les cas où le pas-sage d'une forme à l'autre se manifeste soit par gradations suc-cessives et par nuances insensibles, car dans plusieurs des cas, la dé-gradation successive des teintes se fait d'une manière tellement pro-gressive que les dernières traces de la mélancolie sont à peine effacées

qui apparaissent déjà les premières périodes d'excitation comparables aux rayons du soleil levant qui effacent rapidement les dernières ombres de la nuit.

Notes sur la folie circulaire

3 décembre 78.

1° Signaler les tentatives de suicide dans la période mélancolique comme motivant l'internement dans un asile

2° Dire qu'il y a beaucoup d'observations de folie circulaire prises à tort pour des folies raisonnantes (plusieurs observations dans le livre de Trélat)

3º Etablir le diagnostic différentiel de la période mélancolique avec les diverses variétés de la mélancolie et surtout la mélancolie avec stupeur et de la période d'excitation avec la manie ordinaire avec la folie raisonnante et avec la folie hystérique

4º Indiquer les causes d'erreur du diagnostic différentiel, résultant de ce que l'un des stades est très atténué et passe inaperçu. On croit alors à une manie simple ou à une mélancolie simple, l'autre état passant pour de l'état normal.

5°. Etude comparative de la période d'excitation, de la paralysie générale au début ou manie congestive et de la période d'excitation de la folie circulaire, diagnostic souvent très difficile.

Diviser le diagnostic en 3 parties

<u>1°. Diagnostic de l'état de folie et de l'état de raison</u>, dans le stade mélancolique comme dans le stade d'excitation. Il y a, sous ce rapport, des cas très difficiles, où il est presque impossible de décider s'il y a raison ou folie et, par conséquent,

responsabilité civile et criminelle ou impossibilité de sequestration. (1)

2° Diagnostic de l'état dépressif et des diverses variétés de Mélancolie ordinaire, surtout la stupeur et de l'état d'excitation, avec la Manie, la Folie raisonnante et la folie hystérique. Pour cette dernière, il y a, dans les deux cas, disposition à la malveillance et inventions mensongères, mais dans l'excitation de la Folie circulaire, il y a réellement plus d'excitation maniaque vraie, de désordre des actes et de bizarrerie de cos.

tumes, avec action de ramasser dans ses poches et dans ses tiroirs, que dans la folie hystérique où les malades conservent plus d'apparence de raison, posent davantage, sont plus comédiens tout en étant très disposés aux actes violents, instantanés, mais de courte durée, avec plus de calme habituel.

Diagnostic différentiel entre l'excitation et la Folie circulaire et la période expansive ou congestive de la paralysie au début.

Dans les deux cas, il y a sentiment de bien être et exubérance de santé

et disposition générale à la satisfaction, mais les idées délirantes sont plus multiples, absurdes et contradictoires et il y a dans toutes un fond de démence

---

(1) La malade de Charenton dont m'a parlé le Dr Faure, et pour laquelle l'état de folie, malgré l'excitation évidente, paraissait douteux aux magistrats et même à lui, médecin!

A propos de la Folie circulaire

4 Xbre 78.

1° Dire que l'on est vraiment stupéfait quand on voit dans la famille ou dans la société, à quelques mois de distance, la même personne changer de caractère du tout au tout et représenter comme deux personnes absolument différents dans le même corps! Il semblerait que, par l'effet d'une sorte de baguette magique, il y aurait eu subitement transformation de la personnalité tout entière et une autre âme entrée dans le même corps!

8 Xbre 78.

Ecrire une note.

1º Sur Mme Maria.

2º sur Mme Gautherin.

3º sur Mme Krochlin.

4º Sur Mme Grangier.

5º sur Mme Arnould, femme du député du Finistère

6º Sur Mme Delthéil.

7º id Mme de Moncy.

8º id Mme Mathilde

9º id Mme Hélène

10º id Mme Boilleau

11º id Mme Augustine

13° Mme Sée.

14° Mr Aimé.

15° Mr Balthazar

16° Mr Elias

17° Mr Prosper de Rocheplatte

18° Mme Emma.

19° La malade grecque qui a été à Ivry, vue avec M.M. Baillarger, Lasègue, Legrand du Saulle.

20° La chanoinesse

21° La princesse Bibesco.

12 Xbre 78.

Les noms de Folie circulaire, Folie à double forme, ou Folie à formes alternes conviennent mieux à chacun à des va-

riétés différentes de la marche et de la maladie.

Pour rester dans la vérité de l'observation de tous les faits, on doit dire que les 3 mots de Folie circulaire, de Folie à double forme, et de Folie à formes alternes, s'appliquent chacun avec plus d'exactitude à 3 variétés différentes de la marche de la maladie. Le mot de circulaire est surtout vrai pour les cas où les cercles se succèdent pendant toute la vie sans aucune ~~incertitude~~ interruption avec un intervalle lucide intercalé. Celui de double forme convient mieux

pour ceux où des accès doubles ne se reproduisent qu'à de longs intervalles et plusieurs fois dans le cours de l'existence des individus et enfin le nom de Folie à formes alternes s'applique surtout avec vérité aux cas dans lesquels il se produit comme un balancement régulier entre les deux états alternant l'un avec l'autre, presque sans interruption et sans intervalle lucide appréciable se succédant brusquement l'un à l'autre.

Formes alternes de la maladie observée dans la clientèle privée et augmentant notablement le degré de fréquence de

la maladie.

Insister sur la fréquence des formes atté-
nuées de la maladie qui existent
dans le monde, dans la famille et
dans la société, et qui ne passent
pas pour de véritables maladies men-
tales mais pour de simples variations
d'humeur ou de caractère. Ce sont
des états de trouble mental très fré-
quents, que l'on rencontre dans la
clientèle privée, en dehors des asiles
d'aliénés, et qui sont bien plus fré-
quents qu'on ne pense et qui aug-
mentent ainsi singulièrement la fré

quence réelle de cette forme de maladie qui, observée simplement dans les asiles d'aliénés, paraît, au premier abord, bien plus rare qu'elle ne l'est en réalité en tenant compte de la totalité des faits observés dans toutes les conditions.

---

73 Hre 78.

La folie circulaire appartient évidemment à la classe des Folies périodiques et s'y rattache étroitement par la plupart de ses caractères symptomatiques et par sa marche. Elle est, d'abord, essentiellement héréditaire et sous

une forme similaire comme toutes les Folies intermittentes.

De plus, il est admis que la plupart des Manies intermittentes débutent par un stade mélancolique, ordinairement assez court (comme Guislain l'a dit de toutes les folies), et que plusieurs accès de manie présentent, au moment de leur convalescence, une légère période de dépression qui est, en quelque sorte, le résultat naturel du grand épuisement nerveux causé par une excitation prolongée, quand cette excitation vient à cesser, état de dépression

qui va en diminuant progressivement et rapidement jusqu'à complète guérison et jusqu'au retour complet à l'état normal. Eh bien, au point de vue psychologique, il suffit de supposer par la pensée une extension plus prolongée du stade mélancolique du début ou de celui du déclin d'un accès de Manie périodique pour le transformer en un véritable accès à double forme de Folie circulaire. Mais, au point de vue clinique, cette comparaison cesse d'être exacte, car ce n'est pas seulement la brièveté ou la plus longue durée du stade mélancolique qui distingue l'accès de la Folie circulaire

de la période prodromique ou
de l'accès de Manie, mais ce sont les
caractères même de cet état mélanco-
lique bien plus prononcés et à traits
bien plus accusés, qui permettent
de les distinguer, non seulement par
la durée, mais encore par l'intensité
et par la nature propre des symp-
tômes spéciaux. Ce sont là des faits
sur lesquels il conviendra d'insister
au point de vue du diagnostic dif-
férentiel de la Folie circulaire et de
la Folie périodique. Non seulement
la folie circulaire se rapproche sous
ce rapport de la Folie simplement

périodique, mais elle a, avec elle, plusieurs autres caractères communs tirés de la marche.

Ces caractères sont les suivants;

1° L'invasion de l'accès est ordinairement brusque, comme sa cessation et arrive promptement à un degré prononcé d'intensité, de même qu'elle cesse brusquement.

2° Tous les accès se ressemblent, ~~su~~lement chez un même malade, non seulement par l'ensemble de leurs phénomènes, je veux dire par l'ensemble de leurs caractères, mais dans les plus petits détails et, quand

on a observé avec soin l'un des accès, on retrouve presque tous les mêmes phénomènes aux accès suivants et se succédant toujours dans le même ordre.

3º Les accès se reproduisent avec une sorte de fatalité morbide, à des époques à peu près déterminées et les causes occasionnelles ne jouent aucun rôle dans leur production.

---

14 9bre 78.

Faire une petite note sur la malade du petit 14 (Mme Roussel) que j'ai revue il y a un mois, rue du Bac, que nous avions considérée comme étant atteinte de Mélancolie intermittente dont j'avais annoncé la guérison subite (ce qui a eu lieu, en effet, le 4 avril dernier) mais qui est maintenant dans un véritable état d'excitation, avec loquacité et besoin de mouvement, mais qui se considère comme guérie et que son mari regarde également comme revenue à son

état normal ou du moins à l'état qu'il a connu, c'est à dire à celui qui existait entre les deux accès de Mélancolie qui se sont produits je crois à 10 ans de distance.

Dans ces cas évidemment, il est très difficile, au moins avec nos connaissances actuelles, d'établir un diagnostic certain entre les Folies périodiques (mélancoliques ou maniaques) et la Folie circulaire.

Faire une note abrégée sur le jeune avocat à cheveux blonds qui avait placé sa mère à la maison et qui

a été placé lui-même un grand nombre de fois à Ivry ou dans d'autres asiles, dont l'intelligence était si brillante, en même temps qu'si exaltée, qui a eu un grand nombre d'accès d'excitation ~~suivis~~ en de Mélancolie, et qui, pendant l'excitation, malgré le grand désordre de ses actes, avait tant d'intelligence, tant d'esprit, tant de facilité d'élocution, que beaucoup de personnes ne voulaient pas croire à son état de folie et qu'il est parvenu à convaincre beaucoup de personnes qu'il avait été enfermé illégalement. C'est lui qui, le jour du placement de sa mère

a cassé un parapluie en présence de mon père, après l'avoir menacé de sa colère et de sa vengeance. Je crois que c'est également lui qui est devenu l'objet d'un communiqué adressé sous l'empire, par le ministère de l'intérieur au Journal des débats, répondant à un article où on l'avait représenté comme enfermé illégalement à Pau, on relatait qu'il avait été déjà enfermé cinq ou six fois dans divers asiles et en particulier à Ivry.

Il serait intéressant de savoir

aujourd'hui ce que ce malade est devenu et s'il a continué à présenter des accès de même forme, ou bien si son état s'est transformé, car son état pouvait être considéré soit comme une ~~faible~~ simple folie raisonnante, soit comme une exaltation maniaque périodique avec une courte période de mélancolie terminale. Mais, pour ma part, je suis convaincu qu'il était réellement atteint de Folie circulaire, dont les accès courts étaient séparés par de longs intervalles de raison, c'est à dire de la variété de Folie intermittente, à double forme et à longue échéance, de Monsieur

Baillarger

Dans ce cas, le diagnostic pouvait res-
ter incertain, mais, pour ma part,
j'ai cru à une véritable folie circulaire

---

12. 14 Dbre 78.

De la Folie Cyclique
par
le Dr Kirn, professeur de
psychiatrie à Fribourg.

La Folie Cyclique à longs accès (Folie
Circulaire, Falret; Folie à double forme
Baillarger; Mélancolie avec manie,

Ziggen) est caractérisé par le retour périodique d'accès avec trouble peu profond de la conscience, qui ne présentent pas un trouble uniforme et unique fondamental, mais dans lesquels, au contraire, des états de Mélancolie et de manie, ou bien de Manie et de mélancolie, se succèdent régulièrement avec une durée à peu près égale et entre les accès existent des états de lucidité à peu près complète. Cette folie se rattache par des formes de transition qui indiquent leur parenté très rapprochée, à la manie périodique, puisque l'un des

états, le stade maniaque, y ressemble complètement, et l'autre, le stade mélancolique, se trouve habituellement indiqué dans la manie périodique elle-même.

Ces deux formes de maladie mentale ont également pour caractères communs la prédisposition héréditaire prédominante [Fabret a déjà mentionné l'hérédité comme cause dominante et Dittmar (Bonn 1877) a démontré sur 10 cas, l'hérédité psychique 7 fois, et l'imbécillité 1 fois,) le début à une période peu avancée de la vie, la durée

moyenne de plusieurs mois, et souvent d'un grand nombre de mois et la prédominance d'un trouble de la conscience principalement portant sur la forme plutôt que sur le fond des idées.
Comme différence entre les deux états il convient toutefois de signaler que, d'après nos observations, la manie intermittente chez les hommes que chez les femmes, tandis que la folie cycl. que serait à peu près égale chez les deux sexes ; dans les cas de Tabet et de L Meyer, les femmes prédominent et dans ceux de Dittmar ce sont les hommes.
Les accès durent habituellement une

série de mois. Les états de Manie et de Mélancolie qui se succèdent ne forment qu'un seul et même tout et constituent deux périodes d'un même accès, qui sont en rapport étroit l'une avec l'autre, dont la durée et l'intensité sont égales ou, du moins, dans un certain rapport de proportion l'un avec l'autre, de telle sorte que l'augmentation ou la diminution de l'un, est en rapport avec l'augmentation ou la diminution de l'autre. Les stades qui se succèdent l'un à l'autre, ne sont,

en général, séparés entr'eux que par un court espace de temps intermédiaire, qui peut quelquefois cependant s'allonger beaucoup dans les accès de longue durée, mais, même pendant cet intervalle la liberté d'esprit n'est jamais complète puisque l'on peut toujours y démontrer les éléments de la ~~Folie~~ Manie ou de la Mélancolie descendante. Habituellement succède à l'accès terminé un intervalle lucide plus long, pouvant durer plusieurs mois, dans lequel, du moins, dans les cas où la maladie est de date récente, la persis-

tance de l'état pathologique est difficile à démontrer.

Plus rarement on observe des cas dans lesquels cet intervalle lucide lui-même est très court, à tel point qu'à peine un accès terminé, un nouvel accès recommence.

Tandis que les premiers observateurs, comme Baillarger (Ann. médico-psychologiques 1854) et Falret, ont considéré la manie comme le 1er stade et la mélancolie comme la 2me période de l'accès, L. Meyer, au contraire, (Archives de psychiatrie, vol. 4. p. 139) est arrivé

d'après ses observations, à une conclusion inverse : à savoir que l'accès commençait toujours par un stade mélancolique, tandis que l'accès maniaque constituait la 2e période. Nos observations concordent à la fois avec les deux opinions, attendu que nous avons observé des faits des deux ordres, les uns désignés par nous sous le titre de Manie mélancolique et les autres sous la formule de Mélancolie maniaque. Nous n'avons pas pu constater la prédominance de l'une des formes sur l'autre. Nous devons, au contraire, avouer

que, dans les relations des stades l'un par rapport à l'autre, de même que dans les suspensions et dans leur durée, dans chaque cas particulier, il existe de nombreuses diversités

Nous pouvons, au contraire, nous rallier, d'après nos propres observations à la thèse de L. Meyer, à savoir que le trouble mental circulaire ne survient pas, en général, dès son début, dans sa forme tout à fait caractéristique, et que souvent de courts accès,

d'autres fois de longs accès de Mé_lancolie, et, plus rarement, de ma_nie, ont précédé d'après Meyer, ces accès de Mélancolie initiale, ne manquant pas de traits communs avec les accès ultérieurs, mais ne sont pas cependant assez caractéris_tiques pour que l'on puisse les prévoir avec certitude, tels que la perte de l'appétit, la diminution rapide et très frappante du poids du corps, de l'embonpoint et des forces, l'expression soucieuse de la figure couverte de rides. Il est

des cas également où surgissent d'abord de courts accès d'excitation maniaque, avec vivacité de mouvements, gesticulations, rires, parler à haute voix en contraste frappant avec les traits profondément creusés par les rides.

L'accès de trouble circulaire (quand il commence par le stade maniaque) commence en général ainsi:
La plupart du temps, les premiers symptômes éclatent brusquement et sans préparation
Peut-être après de courts prodromes

névralgiques en même temps qu'une con-
gestion sanguine intense vers la tête et
une activité accrue, quelquefois irrégulière
du pouls, suivent une transformation
complète de tout l'aspect extérieur
de l'individu, turgescence vive de
la face, physionomie animée, traits
expressifs du visage. L'appétit et
le désir de boire sont augmentés, la
digestion activée et le besoin de som-
meil diminué.

En même temps l'humeur devient
plus gaie, le sentiment de satisfac-
tion de soi-même augmenté et
souvent même une conscience exagérée

en soi qui se manifeste par des dispositions impératives et le besoin du commandement. La vie intellectuelle est augmentée et se manifeste par un riche mouvement d'idées qui se succèdent et se remplacent et par un réveil de souvenirs qui sommeillaient dans la mémoire. Par suite de ce réveil des idées et des souvenirs, l'étendue de la capacité intellectuelle semble augmentée, la conversation devient animée et variée par des exhibitions de discours, de poësies ou de morceaux de musique.

Il se produit un plus grand besoin
d'agir ; souvent une activité sans
but, une grande disposition à
faire de l'esprit ou à manier
l'ironie, à calomnier, à rire, à se
moquer. On observe alors le tableau
d'une véritable folie raisonnante.
Quelquefois l'excitabilité reste un peu
sur le second plan et la disposi-
tion fondamentale est l'aigreur,
le mécontentement. Le sentiment exa-
géré du moi ne trouve que des con-
tradictions dans le monde extérieur
et elles sont alors combattues par
lui de la belle façon ; le malade
s'abandonne alors à de violentes

injures et à des éclats de colère.
De même que dans la manie périodique, il se produit alors, dans un certain nombre de cas, au summum de l'accès, un plus grand grand trouble de l'intelligence avec des signes d'irritation directe du cerveau, la tête chaude et une accélération de la circulation capillaire; il survient des hallucinations de l'ouïe et de la vue, des conceptions délirantes qui traversent l'esprit et l'excitation maniaque acquiert un plus haut degré d'intensité et s'abaisse de nouveau. Ensuite suit un stade

avec trouble purement formel, et, dans ces cas plus compliqués comme dans les cas plus simples, une cessation rapide et très peu motivée de l'accès de Manie.

Nous avons encore à mentionner l'observation intéressante de L. Meyer, à savoir que, dans le stade maniaque de la folie circulaire, non seulement les malades paraissent resplendissants, florissants de santé, semblent plus jeunes, ont une peau plus souple avec disparition des rides et des plis qui existaient dans l'état mé_

lancolique, symptômes qui peuvent
être rattachés surtout à une modi,
fication complète profonde de l'inner,
vation, mais, tandis que dans les
accès ordinaires de Manie, la
nutrition semble souffrir et baisser,
il y a ici, au contraire, augmen-
tation de l'embonpoint et du poids
du corps, qui, non seulement est ap-
préciable mais encore qui peut, dans
quelques cas, s'élever à un degré
considérable, (de 35 à 54 livres dans
l'espace de trois mois) poids du
corps qui diminue lentement lors-

que le calme revient. Meyer est disposé en se basant sur ce fait, à considérer les accès maniaques de la folie circulaire, comme une névrose trophique embrassant l'organisme tout entier, tandis que Huppert (Schmidts Jahrbuchr 1877 N° 3) s'opposant à cette manière de voir, fait remarquer que d'après les derniers enseignements de la physiologie de la nutrition, l'embonpoint pas plus que le sentiment subjectif de bien être, ne sont une mesure exacte de l'état de la nutrition et que celle-ci ne peut être trouvée avec

certitude que dans l'examen direct des aliments introduits et des sé-crétions rejetées au dehors.

Dittmar (ouvr. cité) a observé l'augmentation et la diminution du poids du corps, aussi bien dans le stade mélancolique que dans le stade maniaque et ne peut, par conséquent, se ranger à l'opinion de Meyer. Il rapporte, au contraire, l'état de diminution de la nutrition à la petite quantité de nourriture introduite, liée à un affaiblissement ou à une paresse de

la digestion, au manque de sommeil et au grand degré d'agitation musculaire, symptômes qui peuvent se produire également dans l'état maniaque, tandis que, dans certaines circonstances, il peut arriver, par Ex. dans la mélancolie apathique, que l'on parvienne à introduire une quantité de nourriture suffisante, qu'elle peut être assimilée, que le sommeil peut être suffisant et que même dans la mélancolie on peut constater l'augmentation du poids du corps.

Mais revenons à la description de

l'accès.

A la Mélancolie vient se joindre la Manie après un intervalle ordinairement assez court d'un état relativement normal, mais contenant presque toujours des éléments de l'un ou l'autre état. L'invasion de la Mélancolie peut être très rapide (Meyer) et elle peut arriver promptement à son summum, mais dans d'autres cas la dépression ne s'établit que très lentement et progressivement. Souvent il existe un profond sentiment de maladie pouvant s'élever jusqu'au degré

d'une hypochondrie très caractérisée

La Mélancolie peut rester tout le temps apathique avec une disposition invincible au repos ; les malades s'éloignent de toutes leurs relations, ne prononçant aucune parole, ne pouvant être incités à aucune action, refusant les aliments, arrivant ainsi à l'amaigrissement et passant des semaines et des mois presque sans mouvements dans leur lit.

Ou bien la Mélancolie se manifeste sous la forme de l'anxiété, principalement localisée à la région pré-

cordiale, et tantôt restant sans objet tantôt, au contraire, conduisant à des tentatives d'explication; dans ce dernier cas, surviennent des reproches que les malades s'adressent à eux-mêmes relativement à leur passé, ou des craintes anxieuses relativement à leur avenir. Quelquefois aussi la Mélancolie peut se présenter sous la forme agitée; il se forme alors une multitude d'idées pénibles que les malades expriment, en pleurant et en se lamentant à haute voix. Le sentiment de malaise et de souffrance s'élève

souvent alors jusqu'au Tædium vitæ (ils veulent mourir) Plusieurs de nos malades ont porté la main sur eux-mêmes et cela fréquemment pendant plusieurs de leurs accès.
Ce qui est caractéristique dans ces accès de Mélancolie, c'est le trouble ordinairement peu profond de la conscience et l'apparition très rare du délire des sens et de conceptions délirantes.
D'importantes manifestations somatiques viennent ordinairement se joindre à ces paroxysmes. Au premier rang nous trouvons des troubles sensitifs : chaleur, pression et douleur

à l'épigastre, nevralgie intercostale, mammaire ou de la 5me paire, céphalalgie, douleur des membres.
La circulation (à l'exception de la forme agitée) est généralement ralentie, avec des extrémités froides et bleuâtres, le mouvement artériel a diminué et les bruits du coeur sont faibles, la respiration superficielle, la peau sèche, les pupilles quelquefois dilatées.
Il existe ordinairement de la fatigue et de l'affaissement, perte de l'appétit avec langue chargée, quelquefois des vomissements et de la diarrhée, fétidité de l'haleine, symp.

tômes qui manquent dans la période maniaque.

La dépression se maintient ordinairement, dans chaque cas particulier, pendant un temps déterminé, au même degré, pour diminuer ensuite rapidement et pour passer à l'intervalle de lucidité.

Les variétés de Folie Circulaire qui se présentent sous la forme de Mélancolie-Manie, présentent en intervertissant les termes le même tableau pathologique.

La Mélancolie initiale survient ordinairement brusquement et arrive

rapidement à son summum, tandis que dans le court intervalle qui suit la dépression la réaction psychique est affaiblie par suite des résidus de l'état mélancolique et les malades restent paresseux, obtus, rêveurs et irrésolus.

<u>Les intervalles lucides</u> qui surviennent entre les accès se comportent comme il a été indiqué précédemment, et ils sont, en général, plus ou moins en rapport avec la durée des accès et ordinairement d'une durée de plusieurs mois. Néanmoins il se présente de temps en temps

à l'observation des cas dans lesquels ces intervalles de santé relative sont de très courte durée et bientôt remplacés par une nouvelle explosion de l'accès.

Sous cette forme, les accès ci-dessus décrits se renouvellent pendant un très long temps dans le même ordre de succession. Les mêmes stades des accès se reproduisent de nouveau à la manière ancienne. Nous observons, chez le même individu les mêmes symptômes mélancoliques et les mêmes symptômes maniaques, les mêmes sensations, les mêmes idées, les mêmes manifestations et les mêmes simptômes

physiques. Il se produit seulement des oscillations, quant à la durée et à l'intensité des manifestations

Dans les deux phases de la maladie il se manifeste comme une double vue. Deux personnalités absolument différentes se remplacent indéfiniment dans chacune, reprend son existence propre dans chaque nouveau stade du même nom et la continue jusqu'à la fin de cette période. Le même contraste diamétralement opposé se montre dans les fonctions organiques et psychiques, ici pouls lent, là pouls rapide

ici turgescence, la pâleur, d'un coté sentiment de bien être, de l'autre sensations somatiques, pénibles. Ici encore mine animée, la traits tirés anxieusement; enfin d'un coté disposition à l'activité avec impulsion constante à agir, et d'autre part sentiment de la personnalité amoindri et passivité prédominante « Deux âmes, selon l'expression du poète, sommeillent ainsi dans la même poitrine »

Il serait difficile de donner une explication satisfaisante de cette métamorphose. On ne peut se ranger absolument à l'opinion de Dittmar

sans cependant vouloir déprécier les tentatives d'explication intéressantes. Il refuse, en effet, à la Folie Circulaire toute existence indépendante et ne veut y voir que l'application continuée indéfiniment de la loi générale de toutes les maladies nerveuses qui veut que toute action dans un sens soit suivie d'une ~~a~~ réaction dans le sens opposé. C'est, en effet, un développement rationnel de la théorie intelligente de Guislain qui a beaucoup de faits en sa faveur et admettre que les états de légère dépression qui suivent les accès

de Manie et les états d'excitation qui succèdent souvent aux accès mélancoliques doivent être considérés comme le résultat de la loi générale de la réaction psychique. Mais d'abord il n'est pas prouvé que toutes les formes de la folie passent nécessairement par ces phases de réaction pour aboutir à la guérison et plus, même en admettant ce fait général, il resterait encore à démontrer pourquoi ces états de réaction très faible par rapport à l'intensité et à la durée de la maladie dans la plupart des folies, deviendraient, dans le cas qui nous occupe,

aussi intense que la maladie elle-
même, arriveraient à la même hau-
teur pour être ensuite suivis d'une
réaction en sens inverse d'une même
intensité et d'une même durée!
Enfin, il serait bien difficile de com-
prendre que dans les cas avec in-
tervalles de raison très prolongés,
la réaction ne s'établisse qu'après
une longue suspension de la ma-
ladie.

Nous devons donc, avec les premiers
auteurs, considérer la Folie Circu-
laire comme constituant réellement
une forme spéciale de maladie

mentale, qui possède des caractères vraiment bien déterminés. S'il est vrai qu'il n'existe pas, entre tous ces faits, une ressemblance absolue, au point de vue de la durée et de l'intensité des accès, et si ces modifications dans la marche peuvent être influencées par des circonstances extérieures, néanmoins le caractère fondamental des accès, leur marche et leur tableau symptomatique chez le même individu, est tout à fait analogue.

Dans beaucoup de cas même, nous

avons pu constater pendant des an-
nées, une reproduction identique
et une marche absolument réguli[ère]
des mêmes accès.

Observation VI

14 8bre 78.

Folie circulaire. Période d'une demi année de Mélancolie et de Manie, d'égale intensité. Intervalles très courts entre les deux états. . . .

Ursule Gl., Veuve de journalier. Hérédité directe du côté du père. Née en 1810, mariée en 1837, accouchée 6 fois (une fois 3 enfants, une fois 2 jumeaux) le dernier seul a vécu. Personne intelligente, mais légère et désireuse de plaisirs. Autrefois en bonne santé et bien réglée.

En 1850, Mélancolie (Dépression violente, angoisse pour elle-même inexplicable, absence de repos de jour et de nuit, incapacité de prier, taedium vitae) qui ne se dissipa pas sous l'influence de circonstances défavorables, au contraire, il resta une grande excitabilité, un état de mauvaise humeur et de mécontentement général qui se déversait sur tout l'entourage. A cela vint s'ajouter ensuite la perte d'idées religieuses, d'idées morales et d'idées de droit, de sorte que dans le reste de son évolution, l'état

mental ressemblait beaucoup à celui de
la folie morale de forme mélancolique
Depuis cette époque, Chaque année,
depuis Noël jusqu'à février, un ac_
cès de Mélancolie (avec brulures,
pression à l'épigastre, céphalagie, etc)
Dans les intervalles, grande irritabilité
et excitabilité, besoin d'agir et, de
temps en temps, absence de repos.
Dans le cours des années suivantes,
il s'établit chez la malade un état
de véritable Folie circulaire, dont
les stades mélancoliques se mani_
festaient par une disposition dépres

tine, une absence de repos, des senti
ments d'angoisse, et étaient rempl
cés par des états d'exaltation ga
avec grand besoin de mouvement
loquacité intarissable, besoin inces
sant d'agir et de se mouvoir, et
grande fermentation d'idées, tou.
jours de la même nature.
En 1856, elle fut admise dans l'a
sile Début, par un stade mélan.
colique (parce que la maladie s'est
développé à la suite de la mélan
colie) Abattement général de l'être
tout entier, se produisant rapide.
ment, tendance à se retirer dans

la solitude, concentration en soi-même, grande irritabilité douloureuse. Bientôt accès violent d'anxiété se localisant à l'épigastre.

La disposition générale à l'anxiété se transforme bientôt en conceptions déli-randes; la malade se reproche de n'avoir pas vécu chrétiennement, d'avoir été avare, et croit, dès lors, qu'elle ne pourra pas aller au ciel. Elle se plaint de ne pas pouvoir prier, d'être damnée, qu'elle ne peut plus trouver de consolation dans la prière, et rumine, de temps en temps, des idées de suicide.

Il s'établit parfois dans sa tête comm
une succession involontaire d'idées
pénibles, ainsi qu'une disposition hos-
tile contre tout l'entourage. En géné-
ral, cependant, elle est tranquille
et abattue, regarde tristement devant
elle ou bien s'occupe de travail mé-
canique et complètement plongée
dans ses tristes pensées. Le stade
mélancolique est régulièrement accom-
pagné de troubles nerveux qui man-
quent absolument dans le stade
maniaque, et surtout des névralgies
(douleur à l'épigastre, névralgie
de la 5ème paire et intercostale, dou-

leur persistante dans les seins) abattement général et sentiment de fatigue, sensations de froid etc. symptômes qui élèvent la disposition pénible du moral à sa suprême puissance. D'autres symptômes, à l'exception de la menstruation abondante, à l'époque de la mélancolie, manquaient. Après le déclin de la dépression, il n'y avait pas de véritable intervalle de liberté d'esprit, mais le stade maniaque commençait à se développer. Il s'annonçait régulièrement par une irritabilité augmentée; rapidement survenait l'augmentation

du sentiment de satisfaction de soi-
même, disposition à ranger toutes cho-
ses, à travailler à tout dans sa mai-
son, à se parer de fleurs, de rubans
et loquacité incessante témoignant
d'une véritable fermentation croissant
des idées. Elle devenait aimable,
faisait des projets et des plans,
demandait sa sortie avec violence et
s'emportait sans réserve quand
on refusait d'accéder immédiatement
à ses désirs. L'établissement n'é-
tait qu'une prison ou une mai-
son de prostitution, la nourriture
et le traitement affreux! Elle s'a-

bandonnait à de grands accès de colère, et se laissait entraîner à des menaces et même à des actes violents. D'une manière temporaire seulement la malade détruisait ou était malpropre avec l'intention bien évidente de taquiner et de contrarier le personnel. Lorsque l'accès, au bout de quelque temps, arrivait à son summum il s'établissait indépendamment d'une grande frivolité et d'une obcénité sans bornes avec disposition à vagabonder pendant la nuit, des hallucinations de l'ouïe et de la vue.

Dans le déclin de l'accès, il survenait

un grand nombre de désirs, dont l'objet variait très rapidement, à l'arrière plan des manifestations et qui contrastait singulièrement avec la profonde dépréciation de soi-même et la disposition à se contenter de tout, sans rien réclamer, qui existait dans la période mélancolique. Les troubles sensitifs de la première période disparaissaient complètement pendant le stade maniaque.

Egalement à la suite de ce second stade, il n'existait pas de long intervalle de lucidité. Aussitôt

que l'excitation avait complètement cessé et que l'équilibre psychique était rétabli on commençait à voir poindre très rapidement les premiers symptômes de la mélancolie commençante. Ainsi se reproduisaient la Mélancolie et la Manie, durant chacune environ une demi année, se succédant régulièrement ; un accès étant absolument semblable au précédent, jusqu'à la mort qui eut lui en 1871, à la suite d'un cancer du sein.

Observation VII

14 8bre 78.

Folie circulaire. Manie sans délire
Mélancolie hypochondriaque.

Charles Gr. né en 1805, fils de gens d'affaires aisés, très chargé d'hérédité; La mère et un grand nombre de parents ont été aliénés, un fils et une nièce sont atteints de formes périodiques de la folie) bonne santé physique et qualités intellectuelles remarquables, tempéramment vif et irritable, dès l'enfance entêtement prononcé.

Dans la dix-septième année (1822) Gr. fut atteint, sans cause occasionnelle, comme d'une manière subite, d'une maladie mentale avec le caractère de l'excitation et qui, après une durée de deux mois, se transforma en dépression psychique dont le malade ne se releva complètement qu'après six mois environ. Depuis cette époque, il eut tous les deux ou trois ans, des accès analogues d'excitation maniaque, suivi de Mélancolie dont il guérit chaque fois après une durée de 3 à 5 mois. Pendant les premiers accès, il fut traité, soit dans la maison paternelle, soit dans l'hopital de la

ville, ou dans divers établissements d'aliénés, étrangers.

Dans l'intervalle, il avait pu suivre les cours de l'université, étudier le droit, subir ses examens et pratiquer pendant plusieurs années.

A l'explosion du 8me accès (1837) il fut transporté à l'asile de Heidelberg et, dans les accès suivants, à l'asile d'Illenau.

Dans le compte-rendu médical de cet asile, on constate comme caractère prédominant de l'accès, une grande exagération dans l'estime de ses forces intellectuelles et de son jugement, un vif besoin de disputes et le besoin d'avoir

raison. Dans beaucoup de ses manifes-tations, il montre de la finesse d'esprit et une très bonne mémoire. Il manifeste actuellement de mauvaises tendances à exciter ses parents ainsi que les personnes qui l'entourent par une opposition incessante, par de grossières accusations et par des reproches. Il cherche à les blesser, à les exciter les uns contre les autres, à troubler par tous les moyens, l'ordre et le repos de la maison. Il ne supporte aucune con-tradiction sans devenir très violent. Il néglige ses affaires, sa maison, et a une grande tendance à vagabon-der, à visiter des brasseries, des lieux

de plaisirs, de distractions. Tête rouge et congestionnée, activité circulatoire augmentée, grand appétit, soif exagérée, peu de sommeil.

Après l'admission dans l'établissement survinrent les phénomènes suivants: Le sentiment du Moi était très surexcité, la disposition sentimentale plus ou moins excitée, éclatant pour des motifs futiles et s'apaisant, d'ailleurs, facilement. La vie intellectuelle se développait rapidement et sans limite, la volonté ne connaissait pas d'obstacles. Un grand besoin de mouvement s'emparait du malade. Se trouvant partout à l'étroit, il ne

pouvait rester en place nulle part. Depuis le matin, de bonne heure, jusqu'au soir il marchait d'un pas rapide dans toute l'enceinte de l'établissement, donnant des ordres et blâmant tout. La nuit, il n'avait qu'un sommeil rare et interrompu, se levait souvent, éveillait ses voisins pour causer avec eux, faisait du bruit, frappait à la porte, cherchait ensuite à s'excuser par un prétexte sans valeur. La grande fermentation incessante d'idées ne pouvait être satisfaite ni par une loquacité intarissable, ni par l'action d'écrire un grand nombre de lettres. Il éprouvait

une foule de besoins et était excité géni-
talement. Le besoin de manger était
lui-même très augmenté ainsi que
la soif, de sorte que ce malade ordi-
nairement très modéré, demandait
du vin et consommait une grande
quantité d'eau. Du reste, la digestion
était réglée. Après que le paroxysme
avait atteint son summum en quel-
ques semaines, il y restait jusque vers
la fin du second mois pour dimi-
nuer ensuite progressivement et des-
cendre peu à peu au niveau normal.
Celui-ci se maintenait peu de temps
et encore avec une disposition exagé-

rée au sommeil, pour tomber bientot
dans un état de dépression.
Le tableau complet de la mélancolie s'é_
tablissait rapidement ; le malade fuyait
maintenant la société qu'il recherchait
tant autrefois, Dans sa disposition
triste et son esprit amoindri, ses con_
ceptions devenaient monotones et tour_
naient toutes autour de son état de
santé personnelle. Il se plaignait de
sa tristesse, se faisait des reproches
sur son incapacité et sur sa vie inac_
tive. L'appétit était diminué et
l'aspect de la physionomie relaché.
Cet état de dépression durait de
2 à 3 mois, et après cet espace

de temps, il s'établissait de nouveau un état d'équilibre psychique.
Ces accès de folie circulaire se reproduirent par la suite un grand nombre de fois, en commençant toujours par la manie, après laquelle survenait un intervalle d'abord de quelques semaines, puis de quelques mois, relativement sain, et enfin revenait le stade mélancolique, après lequel survenait la grande suspension mélancolique morbide durant pendant longtemps.
Les accès présentaient toujours ensuite le même tableau morbide.
Troubles de l'estomac prodromiques

de nature spasmodique, mais sans mélan-
colie prodromique. Ensuite afflua du sang
vers la tête (visage coloré, conjonctives in-
jectées) augmentation de l'activité de
la circulation (pouls fréquent, pulsations
de la carotide, pleines) Aussitôt après exal-
tation montant rapidement, augmenta-
tion du sentiment de la personna-
lité, estime exagérée de lui-même,
attitudes de commandement, excita-
bilité, désirs nombreux, mécontentement
avec attaques correspondantes, grande
production d'idées répondant, par
leur contenu, à l'exagération du sen-
timent du moi, projetée au dehors
à très haute voix, instabilité conus-

culaire avec mouvement de va et vient continuel. Au summum de l'accès, tapage et cris. Beaucoup de désordre dans les actes avec tentatives ultérieures pour les justifier et les expliquer. Augmentation de l'appétit et de la soif, augmentation de la secrétion de saline. <u>Pas de conceptions délirantes et pas d'hallucinations.</u>

Pendant quelque temps la maladie restait à la même hauteur, puis descendait peu à peu jusqu'à un degré à peu près normal.

Après quelques mois de calme et de raison, commençait la Mélancolie

Rapide apparition d'une profonde dépression avec pression précordiale, disposition hypocondriaque, disposition hypocondriaque, désespoir de la guérison, sentiment d'incapacité perte de la confiance en soi, grande impressionnabilité aux influences extérieures, taedium vitae, avec tentatives de suicide, diminution de l'activité circulatoire et amoindrissement de l'activité musculaire.

Après plusieurs mois, diminution de la mélancolie et passage à un intervalle lucide plus prolongé. Les stades maniaques duraient, dans la dernière période,

de l'observation, environ 5 mois ; après venait un état intermédiaire de 2 à mois auquel succédait un stade mélancolique durant de 4 à 6 mois et auquel succédait à son tour, une période d'intervalle lucide d'un an 1/2 à 3 ans. Une fois même, à moins qu'un accès avorté ait passé inaperçu pendant son séjour chez lui, l'intervalle lucide a duré plus de 4 ans.

L'état psychique, pendant cet intervalle, représentait une faiblesse intellectuelle qui augmentait lentement d'une suspension de la maladie à la suspension suivante.

Description de la Folie Circulaire par Schüle

p. 432.

14 Xbre 78.

Le mode d'évolution de la Folie circulaire présente de nombreuses variétés, soit au point de vue de la forme de chacune des phases, qu'au point de vue de leur succession dans le temps. L'intensité de la maladie est également très variable. Tandis que certains cas de cette maladie, cependant d'un caractère typique, s'écoulent au dehors, au milieu de

la vie calme de la famille (paresse d'esprit périodique, alternant avec la vivacité intellectuelle se produisant également par périodes, avec esprit et grande production d'idées quelquefois accompagnée de dispositions à la boisson etc) d'autres formes plus graves au contraire, appartiennent à la catégorie de celles qu'un asile d'aliénés seul peut renfermer.

Les caractères de cette forme, sont comme pour toutes les folies périodiques :

1° La lucidité partielle, aussi bien dans l'état mélancolique que dans

la manie (et, par conséquent, dans les états types, la folie raisonnante qui ne manque jamais.)

2°. La ressemblance photographique des paroxysmes correspondants.

3°. La continuation du trouble mental même dans les moments les plus favorables des intervalles lucides, de sorte que, de même que dans les folies périodiques, chacun des stades séparé doit être considéré comme des actes coordonnés d'une même maladie fondamentale.

L. Meyer, décrit d'une manière aussi fine qu'exacte, l'état men_

tal observé dans l'intervalle, en disant que le changement observé est semblable à celui que l'on constaterait chez une personne que l'on aurait connue jeune et que l'on reverrait, pour la première fois, après de longues années. La réaction psychique générale paraît affaiblie et beaucoup moins individualisée. Les anciennes idées et leur rapport entre elles ne paraissent pas changés, de même que la sensibilité des malades, leurs sympathies et leurs antipathies subsistent comme autrefois. Mais tous ces faits

psychiques ne se produisent plus avec la même vivacité qu'autrefois ni avec la même étendue. Les malades semblent paresseux, rêveurs, les conversations avec eux fatiguent énormément. C'est un reste d'humeur mélancolique plutôt qu'une véritable obtusion intellectuelle. Chaque excitation à un acte semble réveiller chez le malade d'une responsabilité et un souci exagéré et vaguement senti des suites que ces actes pourraient entraîner.
" Falret parle (p. 465) de cas dans lesquels l'intervalle présente un tel contraste avec l'état observé, une

tel contraste avec l'état observé pendant les paroxysmes que l'on aurait pu croire à une véritable guérison. Pour quelques cas exceptionnels il veut bien admettre en passant un état où la raison paraît redevenue ce qu'elle était anciennement » D'autres fois, j'ai observé dans toute la période intermédiaire, comme un sentiment persistant et pénible de honte relativement aux actions perverses accomplies pendant la phase d'excitation dont les malades bien élevés se rappellent bien exactement tous les détails, sentiment de honte qui

les porte à une manière d'être, reservée et, comme exigent une réparation. Cette disposition se maintenait en diminuant de plus en plus jusqu'au début de l'état maniaque En ce qui concerne la description clinique plus exacte des phases mélancoliques et maniaques, Falret leur assigne à toutes deux un caractère typique en ce sens que ces deux états ne se manifestent que par leurs traits généraux, dans la mélancolie, la passivité, dans la manie, l'exaltation et l'activité. « L'excitation, dit Falret, est une

simple surexcitation de toutes les facultés, et par exception et temporairement seulement, le délire maniaque.

La succession incohérente des idées et les conceptions délirantes ne surviennent que dans un petit nombre de cas (Falret, p.) D'un autre côté cependant, L. Meyer constate l'existence des conceptions délirantes et des hallucinations, dans un certain nombre de cas, aussi bien dans la période maniaque que dans la période mélancolique et surtout dans la première.

En réalité, d'après mon observation,

je crois qu'il existe des cas des deux espèces. Il est des faits qui correspondent parfaitement à la description faite par Falret, et je puis ajouter que ces faits ne paraissent pas être ceux qui présentent la nature la plus grave, attendu qu'ils sont liés à la plus grande prédisposition héréditaire (Folie circulaire de la mère)

D'après la simplicité ou la plus grande richesse des manifestations, les divers cas particuliers se subdivisent ainsi:

1°. Chez une partie des malades, la phase mélancolique ne dépasse pas la forme la plus élémentaire. On peut dire, en effet, que toutes les

variétés de la mélancolie qui peuvent
se présenter à l'observation, il n'en
est aucune qui soit plus pure et
plus conforme au type classique, sous
sa forme la plus adoucie, que le
stade dépressif de la folie circulaire.
L'échelle élevée depuis le simple senti-
ment de la douleur, de l'impuis-
sance de vouloir, de l'Abulie dont a
a péniblement conscience, avec passi-
vité, torpeur (le malade est comm
transformé en une statue) jusqu'à
l'instabilité anxieuse et à l'hypé-
resthésie morale pour toute pensée

question et tout fruit. Avec cela, il reste ordinairement au malade une portion du terrain de la conscience, tellement intacte qu'il reste capable d'apprécier la réalité autant que sa concentration pénible le permet, et de se manifester d'une manière très convenable.

(Ordinairement, il se manifeste corporellement un grand amaigrissement, avec pâleur, absence de mobilité des traits, troubles de la digestion, constipation opiniâtre, fétidité de l'haleine.) La circulation est ralentie, le pouls petit, mou. Le sommeil seul, est meilleur qu'à l'époque de l'excitation.

2° L'autre catégorie de faits marche vers le type des mélancolies avec

idées délirantes et principalement avec idées de culpabilité et d'accusations pour sa propre personne, et des paroxy-mes de grande anxiété, relativement à un malheur imminent sont égale-ment très fréquents; il en est quelques uns enfin qui se dirigent dans la voie des idées de persécution même avec quelques tendances érotiques et lascives, surtout chez les femmes.

L'état maniaque revêt également des formes diverses.

Il peut parcourir tous les degrés de l'échelle de la manie.

Le plus grand nombre des faits revêt le type de l'exaltation simple, gén-

générale et indéterminée. Elle se reconnaît dans ce sens que la manie se meut surtout dans la sphère de la conscience et de la volonté. On n'observe pas, en général, ces mouvements luxuriants, cette succession rapide d'idées incohérentes et ce trouble du moi et de la personnalité qui caractérisent la manie proprement dite: L'excitation cérébrale semble simplement s'être élevée de niveau sans être arrivée à la tempête. C'est la propulsion maladive de l'être humain tout entier mais avec conservation de la personnalité. Le malade se répand au dehors en besoin d'agir, besoins d'acheter, projets de mariage,

dans un sentiment de force et de bien
être exagéré, avec le Méphistophélès de
la folie raisonnante caché par derrière.
Ce sont là des états bien importants à
connaître et bien difficiles à apprécier
au point de vue médico-légal. Cha-
cune de ces dispositions expansives,
a son corollaire obligé; le désir de ma-
riage s'accompagne de coquetterie et
de disposition à s'habiller d'une ma-
nière originale et peut aller jusqu'à
l'indécence la plus éhontée, et le sen-
timent de bien être exagéré se ma-
nifeste par un désir de sociabilité
et une disposition à causer avec
malice qui peut arriver jusqu'à un

bavardage sans valeur et une désagréable insistance pour se faire écouter.

Ordinairement on voit bientôt se produire (et quelquefois même dès le commencement) le signe clinique, caractéristique de la vie cérébrale dégénérative: des actes violents et instinctifs s'introduisent au milieu de l'état maniaque jusque là inoffensif et, surtout chez les femmes, gracieux et bienveillant. Le penchant à la destruction et à salir, l'indifférence pour les vêtements et les vêtements, des allusions frivoles pouvant aller jusqu'au cynisme effronté, le désir de scandale, le besoin de quereller, de mentir, de tromper et de calomnier

changent rapidement le coloris de cet état maniaque à un degré que la manie ordinaire atteint rarement.
L'autre forme de l'excitation circulaire se présente sous un double aspect ; ou bien l'excitation cérébrale s'élève jusqu'à l'intensité de la manie par cause organique (manie par cerebra-psychose) ; ou bien la surexcitation centrale se maintient encore dans la sphère psychique, mais prend les signes de la dégénérescence intellectuelle, comme dans le délire chronique exalté, avec exagération du sentiment du moi, idées fixes déterminées relativement intactes.

Chez un de mes malades hommes, c'é-
tait un délire de grandeur politus
religieux, avec toute une histoire reli-
gieuse romanesque sur sa propre exis-
tence qui surnageait au milieu de
la période d'excitation. Dans un se-
cond cas, chez une femme, le stade ma-
niaque était rempli par une espèce
d'hyperesthésie fantastique et poétique,
qui animait tout dans la nature,
dans lequel les plantes s'animaient
et sentaient et où tous les actes et
toutes les pensées des malades de-
venaient des symboles directeurs.
Dans d'autres cas, il se mêlait à cet

état maniaque des paroxysmes de folie hypochondriaque chronique.

En ce qui concerne la succession des phases séparées l'une par-rapport à l'autre et relativement à l'intervalle lucide, la variété des formes n'est pas moins grande.

D'abord, il faut d'accord avec L. Meyer, et, contrairement à l'assertion de Falret et de Baillarger, admettre qu'en général, la mélancolie constitue le stade initial. Seulement, on peut se ranger à la seconde partie de l'opinion de L. Meyer, à savoir que cette mélancolie à sa première apparition a la plus grande intensité et est suivi

de l'intervalle lucide le plus long et le plus complet au point de vue du retour de la ~~santé~~ raison. Après la mélancolie vient ordinairement l'intervalle lucide mais pas toujours. D'autres fois l'accès maniaque se lie d'une manière très étroite à l'accès mélancolique ou bien se produit après une suspension lucide de très courte durée. Après l'accès maniaque, revient ensuite l'accès mélancolique. Le mode de développement est également très variable. Falret soutient que, (à l'exception de quelques faits) la période de dépression se produit avec une grande lenteur. L. Meyer, au contraire, admet que sa production est très rapide,

La vérité pourrait se trouver là, entre les deux opinions, quoique, d'après ma propre observation, le caractère fondamental de la Folie circulaire soit, en général, un changement brusque d'état, avec ce caractère toutefois, que dans plusieurs cas, cette explosion brusque provient après une lente préparation, ce qui se trouve de nouveau d'accord avec l'opinion de Falret. Ce qui prouve combien ces variations sont individuelles et combien, en somme, la Folie circulaire se rapproche singulièrement de la Folie périodique, c'est le résumé du cas suivant observé par moi chez un homme :

En 1851, 1er accès de mélancolie, en hiver, causé par de grands soucis d'affaires et par beaucoup d'efforts de travail. En été, rétablissement sans aucun stade maniaque intercallé; l'hiver suivant reproduction de la Mélancolie qui dura encore jusqu'à l'été. La mélancolie périodique se reproduisit ainsi tous les hivers jusqu'en 1854, où le malade fit, vers la fin de son accès, une cure d'eau à Kissingen. Pendant l'emploi de cette eau, survint le premier accès de Manie, il coquettait, se croyait de plusieurs années plus jeune, il faisait des projets de mariage et voulait entreprendre des voyages. Vers l'automne, il reprit

ses affaires et devint de nouveau mé-
lancolique en hiver jusqu'en été de-
puis cette époque, il s'établit régulière-
ment, après la diminution progres-
sive de l'état mélancolique, un état
de Manie, d'abord léger mais bientôt
appréciable pour tout l'entourage, le
cercle fut ainsi établi régulièrement
et dure encore aujourd'hui, avec cette
seule différence que les accès ne se ter-
minent plus avec l'hiver et du-
rent maintenant plus longtemps.
Relativement à la durée des dif-
férentes phases, on ne peut établir
aucune règle absolue. Elle aussi,
comme tous les autres caractères
cliniques, est sujette à beaucoup

de variations. Ordinairement les cercles s'étendent peu à peu à un espace de temps de plus en plus longs, à des mois, à des années, tandis qu'au début les accès étaient courts et se déroulaient en un cercle de quelques semaines. Le stade de dépression dure ordinairement plus longtemps que celui d'excitation.

Dureste, plus les deux états durent longtemps, plus long aussi est l'intervalle lucide. Ce qu'il y a de plus remarquable, ce sont des cas, d'ailleurs assez rares, dans lesquels la maladie circulaire se borne à la durée bien courte de quelques jours et arrive ainsi à constituer une véritable forme alter-

nante de Manie et de Mélancolie.
Cependant ce type n'est pas toujours régulièrement exact au point de vue astronomique, mais seulement par approximation, quoiqu'il y ait cependant des faits où cette alternance acquiert une précision presque mathématique.
Lorsque la folie circulaire s'est une fois nettement établie avec ses longues périodes, elle s'étend pendant toute la vie de l'individu qui devient ainsi le théâtre de ce triste changement à vue organo-psychique, et, malgré une certaine faiblesse intellectuelle progressive, cet état n'aboutit

jamais à une véritable démence.

Pour la Pathogenèse des cas classiques de Folie circulaire à longues périodes, L. Meyer a, comme il a déjà été dit précédemment, cherché à en faire une trophonévrose et, du reste, l'explication des modifications trophiques par l'influence des vasomoteurs est rendue difficile par ce fait que l'état de la circulation ne présente pas la même opposition.

Nous avons déjà fait remarquer que cette hypothèse qui repose surtout sur les changements du poids du corps et de la turgescence générale de la mine et de la peau, ne repose pas sur tous les faits, puis-

quél exciste des déviations à la règle générale qui veut qu'il y ait augmentation du poids du corps dans la période maniaque de la Folie circulaire.

Extrait de la Pathologie générale du Dr Emminghaus.
p. 280.

---

14 Xbre 78.

Une modification importante dans la marche périodique des maladies mentales consiste dans ce que l'on a appelé la forme cyklique ou circulaire. — Les accès isolés, séparés par des intermissions, consistent tantôt dans des états opposés qui se succèdent sans interruption (Manie, Mélancolie ou vice versa) ou bien, il survient entre chaque accès une intermission et le malade est d'abord mélancolique, puis libre de tout trouble intellectuel, puis ma-

niaques et de nouveau libre; puis survient un nouvel accès mélancolique et ainsi de suite.

Conformément à cette donnée, on doit distinguer deux formes principales de folie circulaire, selon que l'intervalle lucide survient entre les deux formes ou bien tombe après un accès double. De plus, il importe de distinguer surtout dans cette seconde variété de marche, quel est l'état qui se produit en premier lieu, si c'est l'état mélancolique ou bien l'état d'excitation. Le début par la dépression paraît être le plus fréquent. La marche de la maladie présente dans les divers cas particuliers de

grandes différences. Quand aucun intervalle ne sépare les états de dépression et d'exaltation, le malade passe souvent par transition successive de l'un à l'autre, de sorte que les deux états semblent, pendant quelque temps, se mélanger ; tantôt le changement se fait si rapidement qu'un individu qui, la veille, était dans un état maniaque, tombe tout à coup, en une nuit, dans la stupeur. Dans beaucoup de cas l'exaltation maniaque est légère, analogue à ce que l'on appelle la folie raisonnante ; dans d'autres cas, au contraire, il existe une énorme excitation et une complète incoërcibilité.

Dans l'état mélancolique il y a, tantôt une disposition générale pénible, avec un haut degré d'angoisse et même de la stupeur, et, dans d'autres cas au contraire, il se développe une mélancolie agitée, ou bien une mélancolie avec conceptions délirantes. Ces dernières cependant, de même que les hallucinations, sont rares dans cette forme de maladie.

Relativement à la durée des différents stades, on peut dire que la période mélancolique est, en général, la plus longue et l'intermission la plus courte.

Extrait de Schüle. P. 457.

14 Xbre 78.

De la valeur de l'augmentation du poids du corps dans la période maniaque de la Folie circulaire

Pour la Manie de la folie circulaire Stiff, (Das Körpergewicht der Guster Kranken dessert 1872) et L. Meyer (Arch. de psych. vol. IV p. 155) ont prouvé contrairement à l'ancienne règle posée par Esquirol, qu'il existait une augmentation notable du poids du corps. L. Meyer qui a constaté, dans l'espace de trois mois, une augmentation de 35 à 54 livres, met ce fait d'une manière interessante en rapport avec les autres phénomènes de la nutrition

Tous les malades de cette espèce pa-
raissent plus jeunes de plusieurs an
nées, au lieu d'avoir la physionomie
jaune, ils l'ont molle, humide et douce
le teint est frais, les joues rouges sans
plis et sans rides, le front est lisse, les
yeux sont brillants et humides, les che
veux sont plus épais et plus foncés qu'
autrefois, la digestion est plus active
même chez les malades autrefois dis-
posés aux indigestions, les époques sont
revenues. Parmi ces symptômes qui indi
quent tous l'existence d'une trophoné
vrose (peut-être basée sur les trou-
bles de la circulation) dans laquelle
tout le système nerveux est, en quel

que sorte élevé d'un octave pour réta-
blir une forte et active nutrition, vient
se placer l'augmentation générale du
poids du corps. Ce qui prouve l'ori-
gine nerveuse de ce symptôme, c'est
sa production rapide avec l'état
maniaque et sa diminution égale-
ment rapide lors du passage à l'é-
tat mélancolique.
On doit faire remarquer relativement
à ces interessantes observations, qu'elles
ne sont pas tout à fait sans excep-
tions. Ainsi, dans un cas de
Folie circulaire durant depuis de
longues années, qui est encore soumis
à mon observation et où le poids du
corps a été soigneusement examiné

la marche parallèle entre la nutrition générale, le poids du corps et les différentes phases de la maladie, n'a pas été aussi claire qu'on peut bien le dire. On a pu, au contraire, démontrer de grandes oscillations en plus et en moins et sans rapport avec les différents stades de la maladie. Ainsi, le poids du corps a atteint pendant la mélancolie 125 livres, est descendu ensuite à 154, alors que la manie avait commencé. Alors, malgré une alimentation abondante et avec une excitation modérée, il est descendu à 128 livres et est remonté à 149 pendant que le paroxysme maniaque durait encore. De plus, des accès de froid et de chaleur avec altération du pouls et non de la température survenant depuis des mois avec des intermissions irrégulières, prouve l'affection constante des nerfs moteurs dans ce cas. (voir chap. XX folie circulaire)

Observation VIII

15 X^{bre} 78.

Folie circulaire. États modérés de Mélancolie suivis de stades maniaques très intenses. Augmentation progressive de l'intensité et de la longueur des accès.

Emma B. née en 1856, sans prédisposition héréditaire. En 1870, première apparition des époques; dans la même année chute sur la tête avec commotion cérébrale moyenne; depuis lors, souvent céphalalgie. 1870. Au milieu de juillet, jusqu'au milieu de septembre, humeur mélancolique, abattement, dégout pour toute

espèce d'activité, pâleur de la face, amaigrissement, répulsion des aliments (2 mois au lit)

Au milieu de septembre, transformation en excitation maniaque, gaité, vivacité, loquacité, projets divers, peu de sommeil, beaucoup d'appétit. Au milieu de novembre l'excitation a cessé et a été suivie d'un état normal.

1871. Au milieu de juillet jusqu'à la fin de septembre, mélancolie de moyenne intensité. En octobre et novembre, légère manie. Hiver 1871-72. état normal.

1872. Mai et juin, mélancolie. Juillet

manie commençante, besoin de parler et d'agir, tendance à écrire, disposition érotique, insomnie, congestion à la tête, bon appétit. 20 juillet, admission dans l'asile. Excitation gaie avec grande impulsion à agir, à aller et venir, à parler, à se moquer, à rire, à se moquer de choses à parler de choses inutiles! sentiment de bien être alternant avec des dispositions malveillantes. Septembre, disposition à l'aigreur et à l'irritation, désordre des actes, par moment cris anxieux et bruyants. En octobre et novembre états passagers de dépression. Plus tard état normal.

1873. Etat modéré de dépression, ne disant que des monosyllabes, craintive ne quittant pas la maison. Depuis le mois de mai, plus grande vivacité. Juillet excitation maniaque, absence de repos besoin incessant de parler, projets et plans, disposition érotique, désir de mariage. Août : plus grand désordre, insomnie. Septembre : exacerbation considérable de l'état maniaque, avec des états paroxystiques d'excitation cérébrale, tête chaude, pouls accéléré, accès de cris instinctifs sur ton de douleur et avec penchant à la destruction En même temps, coups frappés sur

la poitrine avec sentiment d'angoisse, sentiment de compression de la poitrine, palpitations dans les membres, douleurs très vives dans toute la tête, vertiges, vue de couleurs, nausées. Octobre et novembre : états fréquents d'excitation avec cris de douleur aigüe, hallucination de l'ouïe. Décembre : rémission.

1874. Janvier : état normal. A la suite, état mélancolique modéré, presque complètement silencieuse, inactive, concentrée en elle-même, fuyant toute société. Avec un bon appétit, augmentation de la nutrition générale. Août : plus animée, se remet de nouveau, à travailler.

Septembre : commencement de l'excita-

tion. Octobre : excitation plus forte, insomnie. Novembre et décembre : exaltation, sentiment d'absence de repos et besoin de mouvement. Mal de tête et douleur à la poitrine. Accès de cris douloureux avec hallucinations de la sensibilité et de l'ouïe, pouls de 80 à 120, hypérémie de la face. A l'époque des règles, exacerbation avec des violences excessives et un violent penchant à la destruction. 1875. Janvier jusqu'à la moitié de mars, états fréquents d'excitation douloureuse, avec anxiété précordiale, hallucinations, impulsions violentes, congestion prononcée à la tête et cir-

culation capillaire augmentée.

Avril, rémission.

Depuis le mois de mai, commencement d'un nouvel état de dépression, avec disposition à fuir le monde et à ne vouloir accueillir personne, etc etc.

Observation IX.

Folie circulaire. Stade de mélancolie de 4 à 6 mois, suivi de périodes également longues, mais plus intenses de Manie. Intervalle lucide entre les accès, relativement court.

Rose M. née en 1847, prédisposée héréditairement (père de très grande

excitabilité morbide, mère névropathique frère de père original, 2 frères aliénés) douée moyennement, réglée depuis 1862. 1863 - 1864, au pensionnat, premier accès, dépression modérée suivie d'exaltation modérée. Depuis lors, tous les ans, un accès d'intensité progressivement croissante.

1865. Accès observé par le médecin de la maison. Mal de tête, fatigue générale, pression au milieu de la poitrine, sommeil agité, à la suite légère exaltation, dégout pour le travail, désirs nombreux, projets de mariage, conduite désordonnée, etc.

1866. Première admission à l'asile. Les

accès observés depuis lors, présentent le tableau suivant :

Mélancolie se développant peu à peu d'intensité moyenne avec disposition générale à la tristesse, tendance à l'isolement et à la crainte, peu de paroles, peu de disposition à agir, absence d'énergie et apathie. Après 4 ou 6 mois, la dépression a cessé.

La malade se conduit raisonnablement, elle est abordable, aimable, et se livre volontiers au travail.

Mais bientôt viennent se mêler à cet état, les premiers éléments de l'état maniaque ; dans l'intervalle qui

paraît complètement lucide, plus grande disposition à parler, à sortir, à faire des visites, dispositions à s'occuper, plusieurs sensations maladives diminution de l'appétit, fréquence du pouls augmentée. Une agitation intérieure dont la malade elle-même a conscience conduit rapidement à une excitation caractérisée, avec disposition à l'action, à faire des projets, à se mouvoir, etc.

Après quelques semaines, rapide ascension de l'excitation à un plus haut degré. Pouls fréquent (90 à 100) et tendu; face congestionnée

de temps en temps, avec sentiment de chaleur et pression sur la tête, sensations névralgiques variées dans la tête, les oreilles, les dents, la poitrine, les reins, les organes sexuels, sensibilité exagérée dans toutes les directions. Augmentation de la salive qui ressemble presque à des vomissements. Grand besoin de parler et de se mouvoir, rapide succession des pensées, reproduction de beaucoup de réminiscences, soit de nature gaie, soit de nature triste et quelquefois des deux. L'agitation intérieure pousse involontairement et irrésistiblement à déchirer

les vêtements, à casser les carreaux, etc.

Dispositions internes très variables, au milieu des moments prédominants de gaité, il survient avec un brusque changement, des émotions courtes de tristesse et d'hypocondrie avec tedium vitae et hallucinations de l'ouïe presque toujours de nature triste. De temps en temps, dispositions érotiques (besoin pressant d'être visitée, plans de mariage) insomnie et trouble du repos pendant la nuit.

Rapide diminution du haut degré de l'excitation pour arriver à un degré modéré et enfin, après quelques

semaines, à un état de calme. De la même manière il s'est produit jusqu'à présent, tous les ans, un paroxysme de Mélancolie maniaque dont les deux stades duraient de 4 à 6 mois. Tous les accès étaient identiques sous le rapport de la forme et du contenu, ils ne différaient que par la durée. Les accès maniaques présentaient des rémissions et des exacerbations, ils s'élevaient, dans quelques accès, à un haut degré d'excitation et étaient alors quelquefois, mais seulement passagèrement accompagné d'un plus grand degré

de trouble mental (la malade disant que son esprit était perdu, qu'elle n'avait plus d'esprit) De plus, il existait des sensations de forts coups de marteau dans la tête, de pouls fréquent et tendu de dilatation des pupilles, et d'hallucinations de l'ouïe et de la vue.
Le temps d'intervalle lucide, difficile à distinguer avec précision de la fin et du commencement de l'accès durait à peine deux mois.
Traitement des accès : injections de morphine jusqu'à 8 centig. 4 fois par jour, avec apaisement évident des symptômes, bromure de potassium

jusqu'à 6 gr. par jour, bains pro-
longés, isolement temporaire.

Extrait de L. Meyer.
Arch. de psychiatrie p. 142.

Mélancolie initiale.

15 Xbre 78.

Cette Mélancolie initiale ne manque pas de rapports, par beaucoup de ses caractères, avec les accès ultérieurs, ce qui permet à un observateur attentif de diagnostiquer la marche ultérieure avec une certaine probabilité. Parmi ces symptômes se trouvent la grande perte d'appétit, la constipation, la diminution rapide de l'embonpoint et des forces, le changement rapide et presque subit des plis et des rides du visage, simptômes qui sont très rares à ce degré de rapidité et

de production et de persistance. Ce qui est plus important sous ce rapport, c'est une particularité de la marche de ces accès qu'on peut considérer comme un caractère mixte des accès à savoir que pendant l'accès mélancolique, alors qu'il est encore à son summum, où que l'on aperçoit à peine les signes de la diminution de l'accès, il survient tout-à-coup des manifestations maniaques de très courte durée, quelquefois de quelques heures seulement, qui disparaissent aussi vite qu'elles se sont produites. Les malades font des mouvements rapides, gesticulent d'une manière menaçante ou ridicule, rient ou par

lent à haute voix, ce qui produit un singulier contraste avec les traits tirés, ridés et fixes, du mélancolique.
Une malade présentait plusieurs mois avant la fin de l'accès mélancolique, des penchants violents et instinctifs à toutes sortes de tours et de malices et intriguait de la façon la plus habile.

Extrait de L. Meyer. Arch. de psych. vol. 13. p. 142.

1er intervalle lucide. 15 Xbre 78.

De même que le 1er accès mélancolique, le 1er intervalle lucide qui lui succède se distingue également de tous ceux qui suivront plus tard, pour une plus longue durée et, par ce fait qu'il se rapproche bien plus que tous les autres qui viendront plus tard, d'un véritable intervalle lucide, d'une véritable guérison. Cependant quoique l'un de ces intervalles, dans l'un des cas observés par moi, se soit prolongé au delà d'un an, et, dans un autre

cas même davantage et que tous ceux qui entouraient les malades les aient considérés comme complètement guéris, on pouvait néanmoins constater dans la première moitié de cet intervalle la persistance d'un certain degré de passivité, et dans la seconde moitié une manière d'être capricieuse, un désir de mouvement et un besoin de vivre qui indiquaient les premiers débuts de l'excitation maniaque...

Extrait de L. Meyer.

Arch. de psychiatrie T. IV p. 142-143.

Début de la Folie circulaire par le stade mélancolique. Durée relative des deux intervalles lucides

---

15 Xbre 78.

D'après ces observations, la marche de la Folie circulaire débuterait par la Mélancolie, contrairement aux opinions de Falret et de Baillarger qui, tous les deux, considèrent les explosions maniaques comme les premières et qui en font ensuite dériver la mélancolie.

Les faits sur lesquels s'appuie la théorie de Baillarger, me paraissent

encore moins bien établis, faits d'après lesquels la manie passe immédiatement à la mélancolie et constituent à eux deux l'accès après l'évolution duquel il se produit une véritable intermittence. S'il est vrai, comme cela paraît être également l'opinion de Falret, que l'espace de temps succédant à la mélancolie a moins de signes morbides et plus d'apparences de la raison que celui qui succède à la manie, cela ne me paraît basé que sur un seul fait : à savoir, que les dernières traces de la manie attirent bien plus l'attention de tout l'entourage et tout

en réalité bien plus faciles à consta-
ter que les symptômes de la mé-
lancolie à son déclin qui sont à
peine perceptibles. Toutes choses égles,
d'ailleurs, on est bien plus disposé
à accorder à l'intervalle qui succède
à la mélancolie une bien plus grand
longueur qu'à celui qui succède à
la manie. D'autre part, des états
de dépression très courts et peu carac
térisés, passent facilement inaperçu
et on arrive alors à constater, comm
dans le 7me et 8me cercle du se-
cond cas, que deux accès de manie
ayant chacun un mois de durée,
succèdent à une intermission de

3 mois 1/2. Nécessairement, dans l'appréciation de ces états incertains et indéterminés, on est obligé d'abandonner beaucoup à l'observation individuelle. C'est avec ces restrictions que je publie, dans le tableau suivant ci-joint, la durée des accès successifs dans deux cas remarquables de Folie circulaire ; Il est visible que dans le 1er cas, avec des périodes relativement longues, celles-ci étaient évidemment mieux marquées, tandis que dans le 2me, où les périodes ne duraient qu'environ 15 jours, on arrivait facilement à supprimer complètement quelques intermissions et même certains accès.

1° La température est diminuée dans la période de mélancolie de la Folie circulaire et peut descendre dans la mélancolie avec stupeur jusqu'à 34,5 ou 35 degrés.

Cyklische Psychose. Ludwig
Thirn,
Mélancolie mit Manie Tegges.
Dittmar. Ueber Cyklische Geistesstörung
Bonn, 1877.
L. Meyer. Arch. für psychiatrie
Band IV p. 139.

Plan de l'article.

15 + 13 = 28.

1° Description de l'intervalle lucide.

2° Variétés de marche de la maladie.

Détails nombreux sur ces variétés de marche depuis l'époque de la puberté jusqu'à la mort.

3° Durée de la maladie et durée relative de ses diverses périodes.

4° Diagnostic différentiel : 1° avec l'état de raison. 2° avec les formes périodiques, hystériques et raisonnantes. 3° avec la période prodromique ou congestive de la paralysie

générale.

5° Pronostic grave. Quelques atténuations possibles par le traitement et les causes accidentelles. Jamais de passage à la démence.

6° Fréquence de la maladie d'une manière absolue et relativement au sexe.

7° Étiologie. Hérédité, similaire comme le suicide, plusieurs générations successives, la grand mère, la mère et la fille. Peu de causes occasionnelles, la puberté, les causes traumatiques, l'accouchement etc.

8° Anatomie pathologique. Peu d'autopsies; mort par cause ac-

cidentelles à un âge avancé) ; Conges-
tions cérébrales fréquentes ; causes
principales de mort comme chez les
raisonnants. Cette maladie, en ap-
parence la plus voisine de la raison,
est plus cérébrale que les folies par-
tielles, et, comme les folies raison-
nantes, plus organique qu'elle ne
le paraît et plus susceptible d'a-
voir une lésion appréciable.

9.° Traitement : morphine, sulfate de
quinine, bromure de potassium.
Atténuation possible de certains accès
qui avortent et diminuent d'inten-
sité au point de permettre le séjour
dans la famille au lieu de l'en-

trée dans l'asile.

10.° Médecine légale très difficile, non seulement à cause des intervalles lucides, mais par suite de la difficulté d'apprécier les degrés modérés

---

16 9bre 78.

Pour séparer nettement les faits concernant la marche générale de la maladie, de ceux que l'on a décrits à propos de l'intervalle lucide, il faut se baser sur ce point de repère : Placer dans la description de l'intervalle lucide tout ce qui concerne la marche d'un cercle isolé, et réserver pour la description de la marche de la maladie, tout ce qui est relatif au mode de succession, à la durée ou à l'intensité des différents cercles pendant tout le cours de l'existence. Réserver ensuite pour 2 petits chapitres annexés à la marche, la durée générale de la maladie, et sa fréquence absolue ou relative au sexe.

16 Xbre 78.

Marche générale de la Folie circulaire.

1° La maladie débute ordinairement à l'époque de la puberté.
2° Elle débute le plus souvent par un stade mélancolique.
3° Variétés signalées par quelques auteurs relativement à son premier début, avant que le cercle soit réellement constitué. La période mélancolique est ordinairement plus longue.
4° Deux variétés principales de marche : à courtes et à longues échéances.
5° Grandes variétés de durée et de

degré entre les cercles.

6° Variétés admises par Baillarger, Causes d'erreur nombreuses.

7° Les cercles se produisent ordinairement avec de simples différences de degré et de durée, pendant toute la vie.

8° Les cercles semblent se rapprocher à mesure que l'on avance en âge;

9° La maladie ne se termine jamais par la démence.

10° Genre de mort; congestions cérébrales, et accidents cérébraux fréquents.

Suite de la marche.

Dire que ces trois degrés d'intensité de la maladie peuvent se rencontrer chez le même individu et qu'il y a quelquefois des accès avortés ou des stades atteints dans un même cercle.

Parler ensuite des modifications qui peuvent survenir avec les progrès de l'âge ou à mesure que la folie devient chronique sous le rapport de l'intensité et de la durée.

Dire que la maladie ne passe jamais à la démence

Dire enfin qu'elle peut finir par des congestions.

Mr Aimé Dejean.

Il y a eu plusieurs aliénés dans sa famille, mais aussi des hommes très distingués.

Né en 1804.

A fait des études littéraires et des études de droit d'une manière distinguée et en a conservé toute la vie des traces indélébiles.

A peine ses études de droit terminées il commença à donner des signes évidents d'aliénation mentale.

Il fut placé dans les maisons de santé du Dr Blanche, d'Esquirol et de Delaye, à Toulouse.

Il entra à Vannes en 1833 et il s'y trouve encore aujourd'hui.
Depuis lors, sa maladie a toujours conservé les mêmes caractères d'alternative de périodes d'excitation et de périodes de dépression. Seulement la durée et l'intensité des diverses périodes, a singulièrement varié pendant 20 ans.

Période d'excitation

Cette période a présenté des degrés très différents d'intensité dans le même accès et dans des accès différents.

Plan de l'article.

14 mars 79.

Il y a 3 manières de faire le 3me article sur la folie circulaire:

1° La manière de M. Lasègue, qui consisterait à faire un simple résumé très court des deux articles précédents et à se borner à publier des observations détaillées.

2° la 2me manière consisterait à compléter l'étude de la maladie par le diagnostic différentiel, la fréquence, le pronostic, l'étiologie, l'anatomie pathologique, le traitement et la médecine légale.

3° La 3me manière ou méthode

miste que je me propose d'adopter et qui consiste à réunir les deux systèmes précédents, c'est à dire à faire d'abord rapidement quelques réflexions générales sur les diverses parties de l'histoire de la maladie, indiquées ci-dessus et à publier ensuite 3 ou 4 observations abrégées, comme spécimen à l'appui de la description de la maladie.

Extrait de L. Meyer. Arch. de psychiatrie. p. 145

Caractères des accès maniaques et mélancoliques de la Folie circulaire

Les accès mélancoliques comme les accès maniaques n'acquièrent, dans la plupart des cas, qu'une médiocre intensité. Il est rare que les malades soient complètement privés du pouvoir de se dominer eux-mêmes et incapables de réprimer momentanément certaines manifestations trop choquantes dans des endroits inopportuns et en présence d'étrangers. C'est ainsi qu'on comprend que ces malades arrivent rarement dans les établissements d'aliénés et encore plus rarement y restent assez longtemps pour que l'on puisse apprécier convenablement les changements reguliers de leurs manifestations.





